

|                                                                                                                                                                                                          |  |       |     |        |                    |        |       |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------|-----|--------|--------------------|--------|-------|--|--|
| 保護者同伴なし                                                                                                                                                                                                  |  |       |     |        | 【任意】インフルエンザ予防接種予診票 |        |       |  |  |
| ※接種希望者の方へ：太枠内をご記入ください                                                                                                                                                                                    |  |       |     | 診察前の体温 |                    | 度分     |       |  |  |
| 住所                                                                                                                                                                                                       |  | 石川町   |     |        |                    |        |       |  |  |
| (ふりがな) 受ける人の氏名                                                                                                                                                                                           |  | ( )   |     | 男・女    | 生年月日               | 平成・令和  |       |  |  |
| 保護者の氏名                                                                                                                                                                                                   |  |       |     |        |                    | 年 月 日生 |       |  |  |
| 保護者連絡先                                                                                                                                                                                                   |  | ( ) — |     |        |                    | (満 歳)  |       |  |  |
| 質問事項                                                                                                                                                                                                     |  |       |     |        | 回答欄                |        | 医師記入欄 |  |  |
| 今回受ける予防接種について説明文を読み、理解しましたか。                                                                                                                                                                             |  |       |     |        | いいえ                | はい     |       |  |  |
| 今回受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン 1 回目ですか。<br>2回目の場合は前回接種：( 月 日)<br>※経鼻弱毒生ワクチン(フルミスト点鼻液)は1回投与になります。                                                                                                                 |  |       |     |        | いいえ<br>( 回目)       | はい     |       |  |  |
| お子様の分娩時、出生後、乳幼児健診などで異常がありましたか。<br>「はい」の場合：具体的に( )                                                                                                                                                        |  |       |     |        | はい                 | いいえ    |       |  |  |
| 現在体に具合の悪いところがありますか。<br>「はい」の場合：具体的に( )                                                                                                                                                                   |  |       |     |        | はい                 | いいえ    |       |  |  |
| 1 ヶ月以内に病気にかかりましたか。<br>病名( )、( ) 日前から治療中、( ) 日前に治癒                                                                                                                                                        |  |       |     |        | はい                 | いいえ    |       |  |  |
| 1 ヶ月以内に家族や周りの人に麻しん・風しん・水痘・おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。<br>病名( )                                                                                                                                                  |  |       |     |        | はい                 | いいえ    |       |  |  |
| 1 ヶ月以内に予防接種を受けましたか。<br>予防接種名( ) 接種月日( 月 日 )                                                                                                                                                              |  |       |     |        | はい                 | いいえ    |       |  |  |
| 生まれてから今までに先天性異常・心臓・腎臓・肝臓・脳神経・免疫不全症その他の病気にかかり、<br>医師の診察を受けていますか。病名( )                                                                                                                                     |  |       |     |        | はい                 | いいえ    |       |  |  |
| その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種は受けてよいといわれましたか。                                                                                                                                                                   |  |       |     |        | はい                 | いいえ    |       |  |  |
| ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。<br>「はい」の場合：( )歳頃 ( )回くらい 最後は( )年の( )月ごろ                                                                                                                                         |  |       |     |        | はい                 | いいえ    |       |  |  |
| また、そのとき熱が出ましたか。                                                                                                                                                                                          |  |       |     |        | はい                 | いいえ    |       |  |  |
| これまでに間質性肺炎や気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断されたことはありますか。                                                                                                                                                                 |  |       |     |        | はい                 | いいえ    |       |  |  |
| 薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。                                                                                                                                                                 |  |       |     |        | はい                 | いいえ    |       |  |  |
| 近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか。                                                                                                                                                                               |  |       |     |        | はい                 | いいえ    |       |  |  |
| これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。<br>予防接種の種類( ) 症状( )                                                                                                                                                       |  |       |     |        | はい                 | いいえ    |       |  |  |
| (女性の方に) 現在、妊娠している可能性(生理が遅れているなど)はありますか。<br>または授乳していますか。<br>※接種が経鼻弱毒生ワクチン(フルミスト点鼻液)の場合、接種後2カ月間は妊娠しないように注意してください。                                                                                          |  |       |     |        | はい                 | いいえ    |       |  |  |
| 今回の予防接種について質問がありますか。                                                                                                                                                                                     |  |       |     |        | はい                 | いいえ    |       |  |  |
| インフルエンザ予防接種希望書(医師の診療の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。)                                                                                                                                                          |  |       |     |        |                    |        |       |  |  |
| 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。<br>( 接種を希望します ・ 接種を希望しません )。※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。<br>この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。<br>このことを理解の上、本予診票が町に提出されることに同意します。<br>令和 年 月 日 本人の署名(もしくは保護者の署名) (続柄 ) |  |       |     |        |                    |        |       |  |  |
| 【医師記入欄】以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は( 可能 ・ 見合わせる )<br>保護者及び本人に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品医療機器総合機構法による救済制度について、説明をしました。<br>医師署名または記名押印                                                                                   |  |       |     |        |                    |        |       |  |  |
| ワクチンロット番号                                                                                                                                                                                                |  |       | 接種量 |        | 実施場所・医師名・接種年月日     |        |       |  |  |
| ワクチン名                                                                                                                                                                                                    |  |       | ml  |        | 実施場所               |        |       |  |  |
| Lot No.                                                                                                                                                                                                  |  |       |     |        | 医師名                |        |       |  |  |
| (注)有効期限がきれていないか確認                                                                                                                                                                                        |  |       |     |        | 接種年月日 令和 年 月 日     |        |       |  |  |

## 石川町インフルエンザ予防接種同意書（保護者が同伴しない場合）

### ○保護者の方へ：必ずお読みください。

※予防接種の対象となっている 13 歳以上 16 歳未満（中学 1 年生～高校 1 年生相当）のお子様をお持ちの保護者の方へ

本様式は、インフルエンザの予防接種を受ける際に、保護者が同伴しない場合に必要となるものです。お子様が一人で予防接種を受ける場合は必ずこの予診票を提出してください。

お子様の予防接種にあたっては、保護者の同伴が必要となっていました。保護者が説明書の記載事項を読み、理解してお子さまに接種を受けさせることを希望する場合に、この様式に保護者が署名することで、保護者の同伴がなくても予防接種を受けることができます。

署名をする前に、接種に関する疑問等がありましたら、かかりつけ医や石川町役場保健福祉課健康増進係にご相談ください。

※保護者が同伴しない場合、下記同意欄と予診票（表）の保護者自署欄に保護者自身による署名が必要です。予診票の表と裏の 2 ヶ所に保護者の署名がないとお子様のみで予防接種を受けることはできません。

### 同意欄

インフルエンザ予防接種を受けるにあたっての説明（別紙）をよく読み、十分理解し、納得されたうえでお子様に接種することを決めてください。接種させることを決定した場合は、下記の保護者自署欄に署名してください。（署名がなければ予防接種は受けられません）

インフルエンザ予防接種を受けるにあたっての説明を読み、予防接種の効果や目的、重篤な副反応発症の可能性及び医薬品医療機器総合機構法による救済制度などについて理解したうえで、子どもに接種させることに同意します。

なお、本説明書は、保護者の方に予防接種に対する理解を深める目的のために作成されたことを理解の上、本様式が石川町に提出されることに同意します。

年 月 日

保護者自署 (続柄： )

住所

緊急の連絡先

### 【医療機関の方へ】

- ・ 13 歳以上 16 歳未満のお子様については、保護者の同意があれば、保護者の同伴なく予防接種を受けることができます。（予防接種ガイドライン及び予防接種実施要項参照）。
- ・ 接種にあたっては、「予防接種予診票の保護者自署欄（表）」と「同意書（裏）」の同意欄に必要事項が記載されていることを確認してください。

※ 16 歳以上の方は、保護者の同伴がなくても一人で接種を受けることができます。

（この同意書の記入も必要ありません。）

【石川町保健福祉課 健康増進係 電話：0247-26-8416】