

自己負担額	2,000 円	
	無	料

令和 7 年度

余市町

経鼻弱毒生インフルエンザ予防接種予診票

※接種日現在、余市町に住民登録している方以外は使用できません。

診察前の体温		度	分
住 所	余市町	町	番地
(ふりがな) 氏 名	男 ・ 女		()
保 護 者 氏 名			
生 年 月 日	平成 ・ 令和	年	月 日生 (歳 か月)

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について説明文書をよく読んで理解しましたか。	はい	いいえ	
今日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。 ※経鼻弱毒生ワクチンはシーズン1回投与になります。	はい	いいえ () 回目	
現在、何か病気にかかっていますか。 病名 ()	はい	いいえ	
治療 (投薬など) を受けていますか。	はい	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい	いいえ	
これまでに重度の喘息などの呼吸器系疾患と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
今日、体に具合のわるいところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。()	はい	いいえ	
薬や食品 (ゼラチン、鶏卵、鶏肉など) にアレルギーがありますか。	はい	いいえ	
近親者の中に予防接種を受けて、具合が悪くなった方はいますか。	はい	いいえ	
近親者の中で先天性免疫不全症と診断された方はいますか。	はい	いいえ	
最近1か月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘 (水ぼうそう)、おたふくかぜなどにかかった方はいますか。	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がありますか。	はい	いいえ	
分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。	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。	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種をうけましたか。 予防接種の種類 ()	はい	いいえ	
これまでに心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患、免疫不全症、発育障害、その他の病気などの慢性疾患にかかったことがありますか。 病名 ()	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか。 病名 ()	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

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) 本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明した。 医師署名又は記名押印
-------	---

ワクチンロット番号	接種量	実施場所 ・ 医師名 ・ 接種年月日
Lot No.	点 鼻 (各鼻腔 0.1ml 噴霧)	実 施 場 所 医 師 名 接種年月日 令和 年 月 日
	0.2ml	

インフルエンザ予防接種希望書 (医師の診察の結果、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。
(接種を希望します ・ 接種を希望しません)

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。
このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。
令和 年 月 日 被接種者自署

(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名および被接種者との続柄を記載)