

住所		こどものインフルエンザ助成期間: 令和7年10月1日～令和8年1月31日	
カナ氏名		2000円控除 ※生活保護世帯は免除	
		生後6か月～高校3年生相当まで	
生年月日	(満 歳 か月)	性別	1 回目接種日 令和 年 月 日

※健康状態をよく把握している保護者をご記入下さい。

診察前の体温		度	分
質 問 事 項	回 答 欄		※医師記入欄
生まれたときの体重が少なかったり、出産時、出生後、乳幼児健診などで異常があると言われたことがありましたか。小学生以下の場合は出生体重も記入してください。(g)	あった	なかった	
今日、体に具合の悪いところがありますか。具体的な症状()	は い	いいえ	
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	
(はいと答えた方) 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	
これまで先天性異常、免疫不全と診断されたり、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、血液、呼吸器、ぜんそく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	
(はいと答えた方) 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	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。病名()	は い	いいえ	
最近1ヶ月以内に、家族や遊び仲間に、インフルエンザ、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。病名()	は い	いいえ	
最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。予防接種の種類()	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。予防接種の種類()	は い	いいえ	
ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか。	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	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。()歳頃	は い	いいえ	
(はいと答えた方) その時に熱が出ましたか。	は い	いいえ	
近親者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	
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(実施できる ・ 見合わせたほうがよい)と判断します。本人または保護者に対して、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について説明しました。 医師署名または記名押印
-------	---

インフルエンザ予防接種希望書

(注)必ず医師の診察の結果、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、予防接種の効果や重篤な副反応の可能性、医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について理解した上で、接種を希望しますか。
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、予診票が江東区に提出されることに同意します。

(接種を希望します ・ 接種を希望しません)

保護者のサイン

連絡先電話番号()

使用ワクチン名	接 種 量	実施場所・接種医師名・接種年月日
インフルエンザ HA ワクチン	(皮下接種) 該当に☑してください。 □3歳以上 0.5ml □3歳未満 0.25ml	実施機関名・住所・電話番号 接種医師名 接種年月日 年 月 日
Lot No.		