

盛岡市長 様
次のとおりインフルエンザ予防接種を実施したので報告します。

接 種 を 受 け る 人			報 告 者		
住 所	盛 岡 市		接種年月日	令和 年 月 日	
	電話()		医療機関名		
	ふりがな		代 表 者		
受ける人の氏名		男・女	ワクチン	ロット番号	接 種 量 mL
生 年 月 日	平成 年 月 日 (満 歳 カ月) 令和				
保護者氏名			今年度接種回数	1回目 ・ 2回目	

○太わく内を記入してください。

質 問 事 項	回 答 欄		医 師 記 入 欄
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解していますか。	は い	いいえ	
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします。 出生体重 ()g 分娩時に異常がありましたか。 出生後に異常がありましたか。 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか。	なかつた なかつた な い	あつた あつた あ る	
今日体に具合の悪いところがありますか。 症状 ()	いいえ	は い	
最近4週間以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名 ()	いいえ	は い	
4週間以内に家族や友達で麻疹・風しん・水痘・おたふくかぜ等の病気の方がいましたか。 誰が() 病名()	いいえ	は い	
4週間以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名 ()	いいえ	は い	
生まれてから今までに特別な病気(先天性異常・心臓・腎臓・肝臓・脳神経・免疫不全症・血液疾患その他の病気)にかかり医師の診察を受けていますか。 病名()	いいえ	は い	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を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)を起こしたことはありますか。 (歳)	いいえ	は い	
そのときに熱が出ましたか。(度 分)	発熱した	発熱しない	
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。	いいえ	は い	
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。	いいえ	は い	
これまでにインフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。 その際に具合が悪くなったことはありますか。	は い	いいえ	
これまでにインフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 予防接種名 ()	いいえ	は い	
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。	いいえ	は い	
ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか。	いいえ	は い	
気管支ぜん息がありますか。	いいえ	は い	
6カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか。	いいえ	は い	
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) 保護者に対して、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。	診察前の体温 度 分		
	医師のサイン		
予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けます。(はい ・ 見 合 わ せ ま す)	保護者のサイン		

保 護 者 の 証 明 欄	
インフルエンザ予防接種に係る料金のうち、盛岡市の補助金に相当する金額2,000円を控除した _____円を支払いました。 保護者サイン _____	