

我孫子市

【1回目】
小児インフルエンザ
予防接種予診票

医療機関 確認欄	☐ 生活保護世帯
	☐ 中国残留邦人等

対象年齢
生後6ヵ月から小学校6年生
(フルミストは2歳から)

※太枠の中を記入ください (令和8年10月1日から令和9年1月31日まで有効)

予防接種番号・所属	未就学 / 小学生		
ふりがな			
接種者氏名	(男・女)	保護者氏名	
生年月日	西暦 20 年 月 日生 (歳 ヲ月)		
住 所	我孫子市 電話 -		

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日(診察前)の体温は何度ですか	度 分		
今日受ける予防接種について説明文を読み、予防接種の効果や副反応、健康被害救済制度について理解しましたか	いいえ	はい	
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします			
生まれた時の体重 () g 生まれた時に異常がありましたか	あった	なかった	
生まれてから異常がありましたか	あった	なかった	
乳児健診で異常があると言われたことがありますか	あ る	な い	
今日、体に具合の悪いところがありますか	は い	いいえ	
具合の悪い症状を書いてください ()	は い	いいえ	
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか 病名 (月 日:)	は い	いいえ	
1ヵ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、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 (月 日:)	は い	いいえ	
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名 (月 日:)	は い	いいえ	
生まれてから今までに特別な病気(先天性異常、心臓病、腎臓病、肝臓病、脳神経の病気、免疫不全症、川崎病、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 ()	は い	いいえ	
“はい”と回答した場合、医師に今日の予防接種を受けて良いといわれましたか	は い	いいえ	
6ヵ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか	は い	いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか (歳) 頃	は い	いいえ	
“はい”と回答した場合、その時に熱はありましたか	なかった	あった	
薬や食品、特に卵や鶏肉で発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことはありますか ※卵アレルギーのある方は、医師に接種の相談をしてください	あ る	な い	
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 予防接種名 ()	あ る	な い	
家族や血縁者が予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか	は い	いいえ	
血縁者の中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 ある場合 ()	は い	いいえ	
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、健康被害救済制度などについて理解した上で、接種に同意しますか。	同意する	同意しない	
この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的にしています。このことを理解の上、本予診票が市に提出・保存されることに同意しますか。	保護者のサイン		

予診医の意見：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)	医師のサイン
保護者に対して予防接種の効果や副反応等について、説明をしました。	

Lot No		接種量		医療機関名	接種医師名
有効期限	年 月 日	(皮下接種) 3歳未満 0.25mℓ	(点鼻) 0.2mℓ		
接種年月日	西暦20 年 月 日	3歳以上 0.5mℓ	各鼻腔内0.1mℓ 噴霧		

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6ヵ月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が十分にでないことがあります。

2026年作成

(母子健康手帳を忘れた方用) 令和8年度我孫子市小児インフルエンザ予防接種済証(1回目)

接種者氏名	生年月日	西暦20 年 月 日
ワクチンの種類	接種年月日	Lot No
		接種医師名