

みなかみ町おたふくかぜ予防接種費用助成金交付申請書兼予診票

みなかみ町長 様

私は、みなかみ町任意予防接種費用助成金の交付を受けたいので、下記の事項に同意の上、みなかみ町任意予防接種費用助成事業実施要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。

記

- 当該申請の審査に当たり、住民基本台帳による世帯状況、予防接種歴等について町が調査すること。
- 当該助成金の交付決定を受けたときは、当該助成金を予防接種費用として、町が実施医療機関に対し支払いを行うこと。

住 所	みなかみ町	診察前の体温		度		分	
		生年月日	年	月	日	性別	
フリガナ		年 齢	歳	か月	電話番号		
被接種者 氏名		保護者氏名 (申請者)					
◆予防接種当日に保護者が同伴できない場合のみご記入ください。				年	月	日	
この予防接種にかかる権限を同伴者(氏名 )に委任します。				保護者自署			
私は保護者の委任を受け、予防接種に同伴します。				同伴者自署		続柄	

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今回初めて、この予防接種費用助成金交付申請書兼予診票により接種を受けますか。	はい	いいえ	
お子さんの年齢は、対象年齢(満1歳～2歳未満又は年長児)に該当していますか。	はい	いいえ	
説明文(裏面)を読み、今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	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 分娩時や出生時に異常はありましたか。	あった	なかった	
乳児健診で異常があるといわれたことがありますか。	はい	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 ○症状を書いてください( )	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	
1か月以内に家族や周囲の人に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜ等の病気の方がいましたか。 ○病名( )	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか。 ○はいの場合(予防接種の種類: )	はい	いいえ	
これまでに特別な病気(心臓血管系、腎臓、肝臓、血液疾患、免疫不全症、呼吸器系、その他の病気)にかかったことがありますか。○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を受けてよいと言われましたか。	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。( )歳頃 ○はいの場合、そのとき熱はでましたか	はい	いいえ	
薬や薬品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、身体の具合が悪くなったことがありますか。	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。 ○はいの場合(予防接種の種類: )	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	
6か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	
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( <input type="checkbox"/> 可能 ・ <input type="checkbox"/> 見合わせる )	
	本人に対して、予防接種の効果、副反応及び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		

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下さい。)

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、みなかみ町に提出されることに同意します。

年 月 日 被接種者または保護者自署 続柄( )

ワクチンロット番号	接種量	実施場所
Lot No.	皮下 0.5ml	医師名
(注)有効期限が切れていないか要確認		接種年月日 年 月 日