

インフルエンザ予防接種予診票

任意接種用

接種希望の方は、太わく内をご記入ください。

お子さんの場合は、健康状態を把握している保護者をご記入ください。

診察前の体温

度

分

住 所	TEL()
フリガナ	
接種を受ける人の氏名	男・女
(保護者の氏名)	生年月日 年 月 日生 (歳 カ月)

質問事項	回答欄	医師記入欄
1. 今日受けられる予防接種について説明文を読んで理解しましたか。	いいえ はい	
2. 今日受けられるインフルエンザの予防接種は今シーズン1回目ですか。	いいえ(回目) はい	
3. 今日、普段と違って体に具合の悪いところがありますか。	ある(具体的に) ない	
4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。	はい(病名:) 薬をのんで (いる・いない) いいえ	
5. 最近 1 カ月以内に熱が出たり、何か病気にかかったりしましたか。	はい(病名) いいえ	
6. 1 カ月以内に近親者や周囲で、麻疹(はしか)、風疹、水痘(水ぼうそう)、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。	いる(病名) いない	
7. 最近 1 カ月以内に予防接種をうけましたか。	はい(予防接種名) いいえ	
8. これまでに予防接種を受けて特に具合が悪くなったことがありますか。	ある(予防接種名:) (症状:) ない	
9. 今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症、悪性腫瘍、その他の病気)にかかり、医師の診断を受けたことがありますか。	ある(具体的に) ない	
(“ある”の場合)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いいと言われましたか。	はい いいえ	
10. 今までにひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	ある 回くらい 最後は 年 月ごろ ない	
(“ある”の場合)ひきつけ(けいれん)を起こしたとき、熱は出ましたか。	はい(°C) いいえ	
11. 今までに、間質性肺炎、気管支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。また、現在治療中ですか。	はい 年 月ごろ 現在治療中・治療していない ない	
12. 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	
13. 薬や食品(鶏卵、鶏肉など)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。	ある(薬、食品の名前) ない	
14. 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。	いる(予防接種名) いない	
15. 【接種を受けられるのがお子様の場合】 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。 出生体重()g	ある(具体的に) ない	
16. 【女性の方に】現在、妊娠していますか。	はい いいえ	
17. その他、今日の予防接種についての質問や、健康状態等で医師に伝えておきたいことがあれば、具体的に記入ください。(投薬状況など)		

医師記入欄

以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は(実施できる ・ 見合わせた方がよい)と判断します。
本人もしくは保護者に対して、予防接種の効果、副反応および医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について、説明した。

医師の署名または記名押印

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、
接種することに(同意します ・ 同意しません) 本人(もしくは保護者)の署名

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種日時
インフルエンザHAワクチン LotNo.	皮下接種 □0.25ml(6 か月以上 3 歳未満) □0.5ml(3歳以上)	実施場所: 愛知県長久手市山越 101-1 長久手こせんじょう整形外科 医 師 名: 大野木 宏洋 接種日時: 年 月 日 時 分