

インフルエンザ予防接種予診票

任意接種用

*接種希望の方へ：太ワク内にご記入下さい。

		診察前の体温	度	分
住所		TEL () -		
(フリガナ)		男	生年	昭和・平成・令和
受ける人の氏名		・	年月日	日生
保険証番号・記号		女	月日	(歳 ヶ月)

質 問 事 項	回 答 欄	はい	いいえ	医師記入欄
1、今日受ける予防接種に付いて説明文(裏面)を読んで理解しましたか。	いいえ	はい		
2、今回受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン1回目ですか。	いいえ()回目 前回の接種は()月()日	はい		
3、今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい 具体的に()	いいえ		
4、現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 ・その場合、治療(投薬など)を受けていますか。 ・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 病名() はい・いいえ はい・いいえ	いいえ		
5、最近1カ月以内に病気にかかりましたか。	はい 病名()	いいえ		
6、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、その他の病気)にかかり、医師の診察を受けましたか。	はい 病名()	いいえ		
7、これまで間質性肺炎や気管支喘息等の呼吸器系疾患と診断され、現在、治療中ですか。	はい()年()月頃 (現在治療中・治療していない)	いいえ		
8、これまでにひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。	はい()回ぐらい 最後は()年()月頃	いいえ		
9、薬や食品(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発しん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 薬または食品の名前()	いいえ		
10、近親者に先天性免疫不全と診断された方がいますか。	はい	いいえ		
11、1か月以内に家族や周囲で麻しん・風しん・水痘おたふくかぜなどにかかった方がいますか。	はい 病名()	いいえ		
12、1か月以内に予防接種を受けましたか。	はい 予防接種の種類()	いいえ		
13、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 予防接種名・症状()	いいえ		
14、(女性の方に)現在妊娠していますか。	はい	いいえ		
15、(接種を受けられる方がお子さんの場合)分娩時、出産時、乳幼児健診などで異常がありましたか。	はい 具体的に()	いいえ		
16、その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや質問があれば、具体的に書いて下さい。				

医師の記入欄：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) 医師の署名又は記名押印
本人(もしくは保護者)に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品医療機総合機構法に基づき救済について、説明した。

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などについて理解した上で、接種を希望しますか。 本人の署名(もしくは保護者の署名)

(接種を希望します・接種を希望しません)

名前

(*自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載。 続柄

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所	医師名	接種年月日
インフルエンザHAワクチン	皮下接種	実施場所：	久野マインズタワークリニック	
□化血研 □北里	■ 0.5mL (3歳以上)	医師名：		
□化血研 □デンカ	□ 0.25mL (6ヶ月以上3歳未)	接種年月日：	2022年 月 日	
カルテNo				