

# 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。

\*お子さんの場合には、健康状態をよく把握している保護者をご記入下さい。

診察前の体温

度 分

住所 (フリガナ)	( )	TEL ( ) - ( )
受ける人の氏名	男・女	生年 昭和・平成・令和 月日 年 月 日生
(保護者の氏名)		( 歳 カ月)

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日受ける予防接種について説明文（別紙）を読んで理解しましたか。	いいえ	はい	
2. 今日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）を起こしたことがありますか。	はい ( ) 回くらい 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カ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カ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、出生時、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器総合機構法に基づく救済について、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。  (接種を希望します・接種を希望しません)	本人の署名（もしくは保護者の署名）  (*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 <input type="checkbox"/> km b <input type="checkbox"/> 第一三共 <input type="checkbox"/> デンカ生研 <input type="checkbox"/> ビケン	Lot. No.	皮下接種 <input type="checkbox"/> 0.5mL (3歳以上) <input type="checkbox"/> 0.25mL (6カ月以上3歳未満)	〒212-0027 実施場所： 川崎市幸区新塚越201 ルリエ3F 医師名： よしかわ耳鼻咽喉科眼科 接種年月日： 令和 年 月 日
カルテ No.			