

インフルエンザ予防接種予診票

※接種希望の方は、太枠内をご記入下さい

住所		診察前の体温		度	分
フリガナ		TEL	-	-	
受ける人の氏名		大正	年	月	日生
(保護者の氏名)		昭和	(満	歳	ヶ月)
		平成			
		令和			

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（裏面）を読んで理解しましたか	はい	いいえ
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何回目ですか	1回目	2回目
3. 【予防接種を受けられる方がお子さんの場合】 出生体重（ ）g 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
4. 今日、普段と違って具合の悪い所がありますか	はい（具体的に）	いいえ
5. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか 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・特に訪ねていない	いいえ
6. 最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか	はい（病名）	いいえ
7. 最近1ヶ月以内に近親者や周囲に麻しん（はしか）、風しん、水痘（みずぼうそう）、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
8. 最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか	はい（予防接種名）	いいえ
9. 今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
10. 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）にかかり、医師の診察を受けたことがありますか	はい（病名）	いいえ
11. 過去にひきつけ（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
12. 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	はい	いいえ
13. 薬や食品（鶏卵、鶏肉など）で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	はい（薬名・食品名）	いいえ
14. 近親者に予防接種を受けて、具合が悪くなった方はいますか	はい	いいえ
15. 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
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、健康状態の事で医師に伝えておきたいことがあれば具体的にご記入下さい（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（ 可能 ・ 見合わせた方がいい ）と判断します。
本人又は、保護者に対して、予防接種の結果、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ました。

医師の署名又は記名押印：

本人（保護者）記入欄

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 ）

署名 _____ (代筆者の場合：続柄 _____)

使用ワクチン・メーカー名	接種量	実施場所・医師名・接種日時
名称：インフルエンザHAワクチン メーカー名： LotNo:	(皮下接種) <input type="checkbox"/> 0.25ml (6ヶ月以上3歳未満) <input type="checkbox"/> 0.5ml (3歳以上)	実施場所：みなみなかのたけのこ耳鼻咽喉科 医師名： 接種日時：令和 年 月 日