

インフルエンザワクチン予防接種予診票

任意接種用

* 接種希望の方へ：太ワク内にご記入ください。

* 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ください。

診察前体温

度 分

住 所			TEL()	—
(フリガナ)		男	生 年	明治・大正・昭和・平成・令和
受ける人の氏名		女	月 日	年 月 日生
(保護者の氏名)				(満 歳 ヶ月)

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を受けて理解しましたか。	いいえ	はい	
2. 今日受けるインフルエンザワクチンの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、体に具合の悪い所がありますか。	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。 ・ その病気を主治医には 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か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、その他病気)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はありますか。	はい 薬または食品の名称 ()	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に麻しん、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. (予防接種を受けるお子さんの場合) 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、具体的に書いてください。			

医師の記入欄：以上の問診及び問診の結果、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、副反応の可能性について理解した上で、接種を希望しますか。 (希 望 し ま す ・ 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
インフルエンザワクチン	Lot.No.	皮下接種 □0.5mL(3歳以上) □0.25mL(6か月以上3歳未満)	実施場所： せりざわクリニック 医 師 名： 院長 芹澤由樹子 接種年月日： 年 月 日
カルテ No.			

記入いただきました個人情報はワクチン接種の予診に関してのみ使用いたします。