

インフルエンザ予防接種予診票

ID _____

※接種希望の方へ：太枠内にご記入ください。

※お子様の場合には、健康状態をよく把握している保護者をご記入ください。

ふりがな		男 ・ 女	生年月日	
氏名			大正・昭和・平成・令和 年 月 日生	
保護者氏名			(歳 ヶ月)	
住所	〒 携帯： 電話：			診察前の体温 _____℃

質問事項	回答欄	※
1. 今日受け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 前回接種： 月 日 はい	
3. 今日、体の具合が悪いところがありますか。	はい 具体的に () いいえ	
4. 現在、何か病気にかかっていますか。 ・その場合、治療・投薬を受けていますか。 ・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	
5. 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	
6. 今までに特別な病気（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）で皮膚に発疹やじんま疹が出たり、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ヶ月以内に家族や周囲で麻疹、風疹、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	
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。	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、具体的に記入して下さい。		

医師記入欄：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） _____
--	----------------------------

使用ワクチン名	用法・用量	実施医療機関・医師名・接種日
インフルエンザHAワクチン Lot. No :	0.5ml 皮下接種	医療法人社団 琴誠会 いそのメディカルクリニック 医師名: 令和 年 月 日