

# 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	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