

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。

住 所		TEL () - ()	
(フリガナ)	()	診察前の体温	度 分
受ける人の氏名	()	男	生年
(保護者の氏名)	()	女	月日
		明治・大正・昭和・平成	
		年 月 日生	
		(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(裏面)を読んで理解しましたか。	いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>
5. 最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか。	はい 病名()	いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>
8. 今までにひきつけ(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 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>
11. 1ヵ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 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>
12. 1ヵ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 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>
14. (女性の方に)現在妊娠していますか。	はい	いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>
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"/> 化血研 <input type="checkbox"/> デンカ生研	皮下接種 <input type="checkbox"/> 0.5mL (3歳以上) <input type="checkbox"/> 0.25mL (6ヵ月以上3歳未満)	実施場所： 大 □ 医 院 医師名： 大 □ 貞 雄 接種年月日： 平成 年 月 日
カルテNo.		

記載頂きました個人情報(ワクチン接種の予診)は、予診に関する限りのみ使用致します。