

インフルエンザワクチン予防接種 予診票

* 接種希望の方は、太ワク内をご記入下さい。

診察前の体温	度	分
--------	---	---

住所	TEL() -		
フリガナ			明治・大正・昭和・平成
予防接種を受ける人の氏名	男	生年	年 月 日生
(保護者の氏名)	女	月日	(歳 カ月)

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】 分娩時・出生時・乳幼児健診などで異常がありましたか	ある(具体的に)	ない	
4. 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか	ある(具体的に)	ない	
5. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか	はい(病名)	いいえ	
6. 最近1ヶ月以内に何か病気がかかりましたか	はい(病名)	いいえ	
7. 最近1ヶ月以内に近親者や周囲に麻疹・風しん・水痘・おたふくかぜなどにかかった方がいますか	いる(病名)	いない	
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. いままで予防接種を受けて、具合が悪くなったことがありますか	ある(具体的に)	ない	
10. 今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症、悪性腫瘍、 その他の病気)にかかり、医師の診断を受けたことがありますか (“ある”の場合)その病気を診てもらっている医師に、今日の予防接種を受けて良いといわれましたか	ある(具体的に)	ない	
11. 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 (“ある”の場合)ひきつけ(けいれん)を起こしたとき、熱は出ましたか	ある(ころ 回くらい) (最後は 年 月頃)	ない	
12. 今までに気管支喘息と診断されたことがありますか	ある(年 月頃) (現在治療中/治療していない)	ない	
13. 薬や食品(鶏卵・鶏肉など)で皮膚に発疹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	ある(薬、食品名)	ない	
14. 近親者の中に予防接種を受けて、具合が悪くなった方はいますか	いる(予防接種名)	いない	
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	いる	いない	
16. 【ご婦人の方に】現在、妊娠していますか	はい	いいえ	
17. その他、健康状態のこと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)			

医師の記入欄: 以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は(可能 ・見合わせる) 医師の署名
 本人(もしくは保護者)に対して、予防接種の効果、副反応および医薬品副作用被害救済制度について説明した

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果、副反応などについて理解した上で、今日の予防接種を受けますか。(受けます 見合わせます)

署名(本人もしくは保護者)

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種日時	
使用したワクチンにチェックを入れて下さい インフルエンザワクチン	(皮下接種)	実施場所	
Lot No.	ml	医師名	
		接種日時	平成 年 月 日 時 分