

インフルエンザ予防接種予診票

任意接種用

*接種希望の方は、**太ワク内**のみご記入下さい。
*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ください。

診察前の体温	度	分
--------	---	---

住 所				TEL ()		
フリガナ		男・女	生年月日	昭和 平成 令和		
受ける人の名前				年 月 日生		
(保護者の氏名)				(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を読んで理解しましたか。				いいえ	はい	
2. 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか。				はい 具体的に ()	いいえ	
3. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 その病気の主治医には、 今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。				はい 病名 () はい いいえ 特に尋ねていない	いいえ	
4. 最近1カ月以内に病気にかかりましたか。				はい	いいえ	
5. 特別な病気（先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経の病気、 免疫不全症、血液疾患、その他）にかかったことがありますか。				はい 病名 ()	いいえ	
6. 薬や食品（特に鶏卵、鶏肉など）で皮膚に発疹や じんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか。				はい 薬名・食品名 ()	いいえ	
7. けいれん（ひきつけ）を起こしたことがありますか。				はい	いいえ	
8. 今までに間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断 されたことはありますか。				はい	いいえ	
9. 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 前回の接種 (月 日)	はい	
10. これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。				はい 予防接種名 ()	いいえ	
11. 1カ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	
12. 近親者に先天性免疫不全症の方がいますか。				はい	いいえ	
13. 1カ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘（みずぼうそう）、 おたふくかぜにかかった方はいますか。				はい 病名 ()	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さんの場合・出生体重 () g】 分娩時、出生時、乳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 あれば具体的にご記入ください。						

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（**実施できる・見合わせた方が良い**）と判断します。
本人または、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ました。

医師の署名又は記名押印

本人記入欄（16歳未満の場合は保護者氏名をご記入下さい）	
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で接種することに （同意します ・ 同意しません）。	
署名	（代筆者の場合：続柄）
なお被接種者が自署できない場合は代筆者が署名し、 被接種者との関係を記載してください。	

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
インフルエンザHAワクチン	皮下接種	実施場所 K E Nカルディオクリニック柏
Lot No：	□0.5mL（3歳以上） □0.25mL（6カ月以上3歳未満）	医 師 名 接 種 日 R 年 月 日 時 分

記載頂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。