

# インフルエンザ予防接種予診票

※接種希望の方は、太枠内をご記入ください

		診察前の体温	度
住所			TEL
(ふりがな)		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日生  (満 歳 ヶ月 )
受ける人の氏名			
(保護者の氏名)		男・女	

質問次項	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所がありますか。 また、1週間以内に37.5℃以上の発熱などの症状はありましたか。	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にかかりましたか。	はい(病名)	いいえ	
7. 最近1ヶ月以内に近親者や周囲に新型コロナウイルス、麻しん、風しん、 水痘、おたふくかぜなどにかかったかたはいますか。	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。	ある(予防接種名)	ない	
9. 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	
10. 過去に特別な病気(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、医師の診察を受けたことがありますか。	はい(病名)	いいえ	
11. 過去にひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	ある( )回くらい 最後は ( )年( )月頃	ない	
12. 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 ことがありますか。	ある	ない	
13. 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はありますか。	ある	ない	
14. 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	
15. 【ご婦人の方に】現在、妊娠していますか。(第 週)	はい	いいえ	
16. その他、健康状態の事で医師に伝えておきたいことがあれば具体的にご記入ください(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 )

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:**

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 )

**本人署名(もしくは保護者の署名):**

使用ワクチン名・メーカー名	接種量	実施場所・医師名・接種日時
名称: インフルエンザHAワクチン	(皮下接種)	実施場所: レイクタウンたけのこ耳鼻咽喉科
メーカー名:	<input type="checkbox"/> 0.25ml (6か月以上3歳未満)	医師名:
LotNo:	<input type="checkbox"/> 0.5ml (3歳以上)	接種日時: 令和 年 月 日