

インフルエンザ予防接種予診票

任意接種用

太枠内を記入してお持ちください

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
受ける人の氏名				年	月	日生
(保護者の氏名)				(歳	カ月)	

質問事項

インフルエンザワクチンの接種についての説明文を読み、効果や副反応などについて理解しましたか	いいえ	はい	
今日受け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 (2回目の場合→1回目: 月 日)	1回目	2回目	
現在、何か病気で医師にかかっていますか、また具合の悪いところがありますか 病名、具合の悪い箇所 ()	はい	いいえ	
その場合、治療(投薬など)を受けていますか(具体的に)	はい	いいえ	
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	いいえ	
最近1カ月の間に熱が出たり病気にかかったりしましたか (病名)	はい	いいえ	
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)にかかったことはありますか 病名 ()	はい	いいえ	
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出たり、体の具合が悪くなったことはありますか 薬名・食品名 ()	はい	いいえ	
これまでに予防接種を受けての具合が悪くなったことがありますか 予防接種名 ()	はい	いいえ	
4週間以内に予防接種を受けましたか 予防接種名 ()	はい	いいえ	
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか(年 月ごろ)	はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全症の方がいますか	はい	いいえ	
1カ月以内に家族や友達に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名 ()	はい	いいえ	
(女性の方に) 現在妊娠していますか	はい	いいえ	
(接種される方がお子さんの場合に) 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか (具体的に)	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか ()	はい	いいえ	

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 (実施できる・ 見合わせた方がよい) 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ました

医師署名 八田 佳奈子

医師の診断・説明を受け予防接種の効果や目的、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 (希望します ・ 希望しません)	本人の署名 (未成年者の場合保護者署名 続柄)
--	-------------------------

使用ワクチン名	用法・用量	接種場所・医師名・接種日時
名称:	皮下接種 0.5ml	医療機関名: はったこどもクリニック
メーカー名:	0.25ml	医師名: 八田 佳奈子
製造番号:	回目	接種日時:

記載いただきました個人情報(年齢)はワクチン接種に関する予診にのみ使用します。