

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、**太枠内**をご記入ください。

		診察前の体温		度		分	
住 所				TEL ()		-	
フリガナ 氏 名						男 ・ 女	
(保護者の氏名) 受ける方が高校生以下の場合 ご記入ください			生年 月 日	年 月 日生 (歳 ヶ月)			

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1回目ですか	はい	いいえ (回目) 前回の接種は (月 日)	
3. 現在、何か病気にかかっていますか。 病 名 () 治療 (投薬など) を受けていますか。 その主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい はい はい	いいえ いいえ いいえ	
4. 今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください ()	はい	いいえ	
5. 最近1ヶ月以内に何か病気にかかりましたか	はい	いいえ	
6. 1ヶ月以内に近親者や家族で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜ などにかかった方がいますか	はい	いいえ	
7. 1カ月以内に予防接種を受けましたか。予防接種名 ()	はい	いいえ	
8. インフルエンザの予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか	はい	いいえ	
9. インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか	はい	いいえ	
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 病名 ()	ある	ない	
(“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	はい	いいえ	
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 () 回くらい、最後は () 年 () 月頃	ある	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 () 年 () 月頃、 (現在治療中 ・ 治療していない)	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しんでたり、体の具合が悪くなったことがありますか 薬、食品名 ()	ある	ない	
14. 近親者に先天性免疫不全と診断された方はいますか	いる	いない	
15. 【女性の方に】 現在、妊娠していますか	はい	いいえ	
16. 【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	ない	
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ください			

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 (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た。 医師署名又は記名押印
-------	--

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)	本人の署名 (もしくは保護者の署名)
--	--------------------

ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
Lot No.	(皮下接種) ☐ 0.25ml (6ヶ月以上3歳未満) ☐ 0.5ml (3歳以上)	実施場所: 長浜クリニック 医師名: 接種日時: 年 月 日 時 分