

インフルエンザ予防接種予診票

任意接種

※ 太枠内にご記入ください

		診察前の体温		度 分	
住 所	〒	TEL. ()		-	
フリガナ		男・女	生 年 月 日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日生 (歳 か月)
受ける人の氏名					
(保護者の氏名)					

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書を読んで理解しましたか	いいえ	はい	
2. 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 (回目)	はい	
3. 今日、体に具合の悪いところがありますか	ある (具体的に)	ない	
4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか ・その場合、治療 (投薬など) を受けていますか ・その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか	はい 病名 () はい・いいえ はい・いいえ	いいえ	
5. 最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか	はい 病名 ()	いいえ	
6. 過去に特別な病気 (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 ()	いない	
7. これまで間質性肺炎や気管支喘息等の呼吸器系疾患と診断され、現在治療中ですか	はい () 年 () 月頃 (現在治療中・治療していない)	いいえ	
8. 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 () 回ぐらい 最後は () 年 () 月頃	ない	
9. 薬や食品 (鶏卵、鶏肉など) で皮膚に発しん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 薬または食品の名前 ()	ない	
10. 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	はい	いいえ	
11. 1ヵ月以内に家族や周囲で麻しん、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 ()	ない	
12. 1ヵ月以内に予防接種を受けましたか	はい 予防接種の種類 ()	ない	
13. 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	ある 予防接種名・症状 ()	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】 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	
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今日の予防接種について質問があれば具体的に書いて下さい			

医師の記入欄	医師の署名又は記名押印
<p>以上の問診お呼び診察の結果、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、説明した。</p>	

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？	保護者の署名 (もしくは本人の署名) (続柄)
(接種を希望します・接種を希望しません)	_____

使用ワクチン: インフルエンザHAワクチン	接種量	実施場所・医師名・接種日時
<input type="checkbox"/> 「ビケンHA」 <input type="checkbox"/> 「生研」 <input type="checkbox"/> 「化血研」	<input type="checkbox"/> 0.5 ml <input type="checkbox"/> 0.25ml	医療機関名: かんど こどものアレルギークリニック 医 師 名: 漢人 直之 接種年月日: 平成 年 月 日
Lot No.		