

インフルエンザ予防接種予診票

※接種希望の方は、太枠内のみご記入ください。回答欄にはどちらかに○印をつけてください。
 ※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

フリガナ	生年月日		
受ける人の氏名	男・女	大正・昭和・平成	年 月 日(歳)
(保護者の氏名)	TEL:		
住所			

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、体に具合の悪いところがありますか。	ある(具体的に)	ない	
3. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか？	はい(病名) 薬を飲んでいますか(いる・いない)	いいえ	
4. 最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか。	はい(病名)	いいえ	
5. 今までに特別な病気(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ていますか。	いる(病名)	いない	
(“いる”の場合)その主治医に、今日の予防接種を受けてもよいといわれましたか。	いいえ	はい	
6. これまで間質性肺炎、気管支喘息の呼吸器系疾患と診断され、現在、治療中ですか。	はい 年 月ごろ (現在治療中・治療していない)	いいえ	
7. 近親者に先天性免疫不全と診断された方がいますか。	はい	いいえ	
8. 近親者に予防接種を受けて、具合が悪くなった方はいますか。	はい	いいえ	
9. 今までにけいれん(ひきつけ)をお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	
10. 薬や食品(鶏肉、鶏卵など)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がありますか。	ある(薬または食品の名前)	ない	
11. これまでにインフルエンザの予防接種や、他の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)	ない	
12. 1ヶ月以内に近親者や周囲で麻疹(はしか)、風しん、水痘(みずぼうそう)、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。	いる(病名)	いない	
13. 最近1ヶ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	
14. (女性の方に)現在妊娠していますか。	はい	いいえ	
15. 今日の予防接種について何か質問はありますか。	ある(具体的に)	ない	

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(実施できる・見合わせた方がよい)と診断します。
 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

本人(保護者)記入欄

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応等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)

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・接種日時
名称: インフルエンザHAワクチン 製造元: 「生研」「KMB」「第一三共」「ビケンHA」「デンカ」 販売: 「武田」「アステラス」「meiji」 「田辺三菱」「MSD」「第一三共」「北里」 Lot No: 有効期限:	皮下接種 0.5ml	川崎市中原区新丸子町747 グランイーサ新丸子Ⅱ 荒田内科クリニック 044-739-5500 接種日時: 令和 年 月 日
記入頂きました個人情報(年齢、性別、住所等)はワクチン接種の予診に関してのみ使用いたします。		