

注！ 公費の方は使用できません

任意接種用

# インフルエンザ予防接種予診票

カルテ番号

※接種希望の方は、太ワク内にご記入下さい。

診察前の体温

度 分

住所	〒	TEL ( )	—	
フリガナ		<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日 <input type="radio"/> 明治 <input type="radio"/> 大正 <input type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成 <input type="radio"/> 令和 <input type="radio"/> 西暦	
受ける人の氏名				年 月 日生
(保護者の氏名)				( 歳 カ月)

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の説明文(表面)を読んで理解しましたか？	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> 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？	<input type="radio"/> いいえ ( )回目	<input type="radio"/> はい	
3. 今日、体に具合の悪いところがありますか？	<input type="radio"/> ある (具体的に)	<input type="radio"/> ない	
4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか？	<input type="radio"/> はい(病名) 薬をのんでいますか <input type="radio"/> いる <input type="radio"/> いない	<input type="radio"/> いいえ	
5. 最近1ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか？	<input type="radio"/> はい(病名)	<input type="radio"/> いいえ	
6. 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？	<input type="radio"/> いる(病名)	<input type="radio"/> 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よいといわれましたか？	<input type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい	
7. これまで間質性肺炎、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？	<input type="radio"/> はい 年 月ごろ <input type="radio"/> 現在治療中 <input type="radio"/> 治療していない	<input type="radio"/> いいえ	
8. 近親者に先天性免疫不全と診断された方がいますか？	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> 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？	<input type="radio"/> ある 回ぐらい 最後は 年 月ごろ	<input type="radio"/> ない	
10. 薬や食品(鶏肉、鶏卵など)で皮膚に発しんや蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか？	<input type="radio"/> ある (薬または食品の名前)	<input type="radio"/> ない	
11. これまでに予防接種を受けて特に具合が悪くなったことがありますか？	<input type="radio"/> ある (予防接種名・症状)	<input type="radio"/> ない	
12. 1ヵ月以内に近親者や周囲で麻しん(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？	<input type="radio"/> いる (病名)	<input type="radio"/> いない	
13. 最近1ヵ月以内に予防接種を受けましたか？	<input type="radio"/> はい (予防接種名)	<input type="radio"/> いいえ	
14. 【女性の方に】現在、妊娠していますか？	<input type="radio"/> はい	<input type="radio"/> 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？ 出生体重( )g	<input type="radio"/> ある (具体的に)	<input type="radio"/> ない	
16. 今日の予防接種について質問がありますか？	<input type="radio"/> ある (具体的に)	<input type="radio"/> ない	

医師の記入欄：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)

医師の署名又は記名押印

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することに  同意します  同意しません

(代筆者の場合：続柄 )

(なお被接種者が自署できない場合は代筆者が署名し、被接種者との続柄を記載してください)

本人の署名(もしくは保護者の署名)

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
インフルエンザHAワクチン「生研」 Lot No.:	皮下接種 <input type="checkbox"/> 0.5ml (3歳以上) <input type="checkbox"/> 0.25ml (6ヶ月以上3歳未満)	実施場所： 南平野クリニック 医師名： 若杉直俊 接種日時： 令和 年 月 日 時 分

記入いただきました個人情報はワクチン接種の予診に関してのみ使用いたします。