

# インフルエンザワクチン予防接種 予診票

任意接種用

※接種希望の方へ:太枠内にご記入下さい。

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

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. 今日受ける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。	はい 病名 ( ) 薬を飲んでいますか (いる・いない)	いいえ	
5. 最近1カ月以内に病気にかかりましたか。	はい 病名 ( )	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)にかかり医師に診察を受けていますか。	いる 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. 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た方がいますか。	はい	いいえ	
11. 1カ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 ( )	いない	
12. 1カ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	
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 ( )	ない	
14. (ご婦人の方に) 現在、妊娠していますか。	はい(妊娠・妊娠の可能性・授乳中)	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、健康状態のことで伝えておきたいことがあれば具体的に書いてください。			

**医師の記入欄：** 以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は ( 可能・見合わせる ) 医師の署名

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副作用被害救済制度について、説明した。

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)
--	--------------------

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 <input type="checkbox"/> ビケン HA <input type="checkbox"/> 化血研 <input type="checkbox"/> デンカ生研 <input type="checkbox"/> 北里	皮下接種  <span style="font-size: 2em;">0.5</span> mL	実施場所 医師名 接種日時	東京都千代田区大手町 1-3-2-B1F リーレクリニック大手町 <span style="font-size: 1.2em;">片山 泰輔</span> 年 月 日