

# インフルエンザ予防接種予診票

任意接種用

\*接種希望の方へ：太フック内にご記入下さい。

\*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下さい。

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

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説明文(裏面)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 前回の接種は (     月     日)	はい
3. 今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい 具体的に (     )	いいえ
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. これまでに特別な病気(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、医師の診察を受けましたか。	はい 病名 (     )	いいえ
7. これまで間質性肺炎や気管支喘息等の呼吸器疾患と診断され、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. これまでにひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい (     ) 回くらい 最後は (     ) 年 (     ) 月頃	いいえ
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。	はい 薬または食品の名前 (     )	いいえ
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ヵ月以内に家族や周囲で麻疹、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 病名 (     )	いいえ
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 (     )	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。	はい 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。	はい 具体的に (     )	いいえ
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質問があれば、具体的に書いて下さい。		

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、説明した。

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性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)  (※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載。続柄)
--	---

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種年月日
インフルエンザHAワクチン Lot. No.	皮下接種 □ 0.5mL (3歳以上)	実施場所： 医師名： 接種年月日： 平成     年     月     日
カルテNo.		

記載頂きました個人情報 Wakuchin 接種の予診に於いてのみ使用致します。