

# インフルエンザ予防接種予診票

※接種希望の方へ:太枠内にご記入下さい。

※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	生年月日	年	月	日
受ける人の氏名						
保護者の氏名		女		(満		歳)

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	はい	いいえ	
2、今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン何回目ですか	1回目	2回目	
3、今日、体調の悪いところがありますか 具体的な症状 ( )	はい	いいえ	
4、最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか 病名 ( ) いつ( 月 日 )	はい	いいえ	
5、1ヶ月以内に、家族や周囲で、麻しん、風しん、水ぼうそう、おたふくかぜ等 などの病気の方がいましたか 病名 ( ) いつ( 月 日 )	はい	いいえ	
6、新型コロナワクチンの接種を受けましたか?	はい	いいえ	
7、生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、 てんかんなどの病気にかかり、医師の治療(投薬など)を受けていますか 病名 ( )	はい	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	はい	いいえ	
8、今までに熱性けいれんを起こしたことがありますか ( 回)	ある	ない	
9、薬や食品で皮膚に発疹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 薬品名 ( ) 食品名 ( ) 不明	ある	ない	
10 これまでに予防接種を受けて、体の具合が悪くなったことがありますか 予防接種名 ( ) いつ ( 年 月 日 )	ある	ない	
11 女性の方へ 妊娠している可能性がありますか	ある	ない	
12 今日の予防接種について質問がありますか( )	ある	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 ( 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。 医師の署名又は記名押印

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 ) ※○をお付け下さい

フルネームでご記入下さい

本人の署名(もしくは保護者の署名)

使用ワクチン名	接種量	実施場所. 医師名. 接種年月日
インフルエンザHAワクチン	皮下接種	実施場所 医療法人 寺嶋・塚田こどもクリニック
Lot.No.	<input type="checkbox"/> 0.5ml (3歳以上) <input type="checkbox"/> 0.25ml (6ヶ月以上3歳未満)	医師名 接種年月日 年 月 日