

インフルエンザ予防接種予診票 3歳以上(1回目 ・ 2回目)

※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