

# インフルエンザ予防接種予診票

(1回目・2回目)

\*接種希望の方へ：太ワ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) 受ける人の氏名	( )	男 ・ 女	生年 月 日 明治 大正 昭和 平成 年 月 日生 ( 歳 ヲ月)
(保護者の氏名)			

質 問 事 項	回 答 欄	はい	いいえ	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。	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。 ・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. 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。	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. 今までにけいれん(ひきつけ)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でたり、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ヵ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ヵ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. (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。	ある 具体的に( )	ない		
16. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば、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)	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	Lot. No.	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		皮下接種 <input type="checkbox"/> 0.5mL (3歳以上) <input type="checkbox"/> 0.25mL (6ヵ月以上3歳未満)	実施場所： さとう小児科医院 医師名： 佐藤好範 接種日時： 平成 年 月 日 時 分
カルテNo.			

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