広島市

広島市西区 わかばクリニック

ダウンロード用

H28年度 新型インフルエンザ予防接種予診票

診察前の体温	度　　分

住所		電話番号		
受ける人の氏名		男 女	生年月日	明治・大正 昭和・平成　　年　　月　　日 （満　　歳　　ヵ月）
保護者の氏名	※年齢等区分が1～3の場合と、4～5で、本人自署欄に本人が自署できない場合に記入が必要です。			
※年齢等区分	1. ☐ 6か月以上3歳未満　　2. ☐ 3歳以上13歳未満 3. ☐ 13歳以上　　（接種に際し、保護者が同伴しない場合、別紙の同意書が必要です。） 4. ☐ 65歳以上の者又は60歳以上65歳未満で心臓，じん臓、呼吸器の機能又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能に障害を有し、身体障害者手帳1級に相当する者 5. ☐ 1～4以外の者			

	質　問　事　項	回答欄		医師記入欄
1・2 ※年齢等区分の者	接種を受ける方の発育歴についておたずねします。 出生体重（　　）g　　分娩時に異常がありましたか。 出生後に異常がありましたか。 乳幼児検診で異常があると言われたことがありますか。	あった あった ある	なかった なかった ない	
	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、その他の病気にかかり、医師の治療（投薬など）を受けていますか。 病名（　　） その病気をみてもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	はい はい	いいえ いいえ	
	近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか。	はい	いいえ	
3・4・5 ※年齢等区分の者	今日のインフルエンザの予防接種について、国や広島市が提供している情報（説明書等）を読みましたか。	はい	いいえ	
	今日の予防接種の効果や副反応について理解しましたか。	はい	いいえ	
	現在、何か病気にかかっていますか。　病名（　　） 治療（投薬など）を受けていますか。 その病気をみてもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	はい はい はい	いいえ いいえ いいえ	
	免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
	心臓病，腎臓病，肝臓病，血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 病名（　　） その病気をみてもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	はい はい	いいえ いいえ	
	最近1ヶ月以内に熱が出たり，病気にかかったりしましたか。 病名（　　）	はい	いいえ	
全ての者	今日体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状を書いてください。（　　）	はい	いいえ	
	最近1ヶ月以内に、家族や遊び仲間に、インフルエンザ、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。　（病名　　）	はい	いいえ	
	最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。　予防接種の種類（　　）	はい	いいえ	
	新型インフルエンザ又は季節性インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。 その際に具合が悪くなったことはありますか。	はい はい	いいえ いいえ	
	これまでにインフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 予防接種の種類（　　）	はい	いいえ	
	ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか。	はい	いいえ	
	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。	はい	いいえ	
	ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。　（　　）歳頃 そのとき熱が出ましたか。	はい はい	いいえ いいえ	
	近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか。	はい	いいえ	
	今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	
	（女性のみ）現在妊娠している、又は妊娠している可能性はありますか。	はい	いいえ	

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　　）。

本人（又は保護者）に対して、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに予防接種健康被害救済制度について、説明をした。

医師の署名又は記名押印　　佐々木 茂　　印

被接種者（又は保護者）の記入欄　※被接種者が自筆できない場合は代筆者が被接種者名を署名し，代筆者氏名および被接種者との続柄を記載

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、以下のワクチンの接種を（　希望します　・　希望しません　）。

当院のワクチンは全て４価（A型2種B型2種）です。

平成 28年　　月　　日

（年齢等区分が1～3の場合）保護者自署

（年齢等区分が4～5の場合）本人自署 _____

ワクチンメーカー名．ロット番号	接種量（国内産ワクチン）	実施場所．医師名．接種年月日
メーカー名 Lot No.	☐ 6か月以上3歳未満　0.25ml　2回　2-4週間 ☐ 3歳以上13歳未満　0.5ml　2回　2-4週間 ☐ 13歳以上　0.5ml　1回	実施場所　わかばクリニック 医師名　佐々木 茂 接種年月日　平成 28年　　月　　日