

インフルエンザ予防接種 予診票

任意接種用

PDF版 R3.9.18改訂

*型崩れしている場合はダウンロードした後開いてください。

診察前の体温 _____ 度 _____ 分

住所			電話番号			
(フリガナ) 受ける人の氏名	()	男女	生年月日	年	月	日生
(保護者の氏名)				(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 前は _____ 年 _____ 月頃	はい
3. 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか。	ある 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・特に尋ねていない	いいえ
5. 最近1ヵ月以内に何か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(先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・脳神経の病気、免疫不全症、悪性腫瘍、血液疾患、その他)にかかったことがありますか。	はい 病名()	いいえ
7. 今までに間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断されたことはありますか。	はい()年()月頃 (現在治療中・治療していない)	いいえ
8. 今までにひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい ()回ぐらい 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ヵ月以内に近親者や周囲で麻しん、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()	いいえ
12. 最近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。	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、乳幼児健診で異常がありましたか。	はい	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。

佐々木茂

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)	本人の署名
--	-------

使用ワクチン名・メーカー名	用法・用量	実施機関・接種者名・接種日
インフルエンザHAワクチン Lot No. :	皮下接種 0.5mL 0.25mL	実施機関：  接種者名： 佐々木茂 接種日： 令和3年 月 日

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。