

インフルエンザHAワクチン予防接種予診票

任意接種用

※太い線で囲まれたところを記入するか回答欄から選択してください。

※お子さんの場合は、健康状態をよく把握している保護者をご記入ください。

体温

℃

住所		TEL	
フリガナ		性別	生年月日
予防接種を受ける人の氏名		(男 ・ 女)	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の説明文を読んで理解しましたか		(はい ・ いいえ)	
2) 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか 「ある」の方は具体的に		(ある ・ ない)	
3) 現在、何かの病気で医師にかかっていますか 「はい」の方は病名		(はい ・ いいえ)	
4) 最近1ヵ月以内に何か病気にかかりましたか 「はい」の方は病名		(はい ・ いいえ)	
5) 今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液疾患、脳神経、免疫不全症、悪性腫瘍、その他の病気)にかかり、医師の診断を受けたことがありますか [“ある”の場合] その病気を診てもらっている医師に、今日の予防接種を受けて良いといわれましたか		(ある ・ ない) (はい ・ いいえ)	
6) 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 [“ある”の場合] ひきつけ(けいれん)を起こしたとき、熱は出ましたか		(ある ・ ない) (はい ・ 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がありますか		(ある ・ ない)	
8) 【予防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」の方は具体的に		(ある ・ ない)	
9) 【女性の方】現在、妊娠していますか		(はい ・ いいえ)	
10) インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか 前回接種： 月 日 [“ある”の場合] その際に具合が悪くなったことはありますか 「ある」の方は具体的に インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことがありますか 「ある」の方は具体的に		(ある ・ ない) (ある ・ ない) (ある ・ ない)	
11) 2週間以内に予防接種を受けましたか		(はい ・ いいえ)	
12) 薬や食品(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか 「ある」の方は具体的に		(ある ・ ない)	
13) 近親者の中に予防接種を受けて、具合が悪くなった方はいますか		(いる ・ いない)	
14) 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		(いる ・ いない)	
15) 1ヵ月以内に家族や周囲で麻疹、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 ・ いない)	
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ご記入ください(投薬状況など)			
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ました。以上の内容に同意し接種を希望しますか? (はい ・ いいえ)			
署名		(代筆の場合：続柄)	
(接種希望者が未成年の場合は保護者氏名)			

医師記入欄

以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は (実施できる ・ 見合わせたほうがよい) と判断します。接種を受ける本人 (またはその保護者) に対して、予防接種の効果、副反応およ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ました。

(説明医師)

)

使用ワクチン名・メーカー	接種量	実施場所・医師名・接種年月日	
Lot.	皮下接種 0.5ml (3歳以上)	医療機関名	鵜戸西クリニック
		医師名	
		接種日時	令和 年 月 日

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。記載いただきました個人情報、予防接種に関する予診のみに使用します。