

インフルエンザワクチン予防接種 予診票

※太ワク内をご記入ください。

住所	TEL () -		
フリガナ	男・女	生年月日	大正・昭和・平成
予防接種を受ける人の氏名			年 月 日生
(保護者の氏名)			(歳 九月)

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 診察時の体温 (病・医院で測ります)	度 分		
2. 今日受けられるインフルエンザの予防接種は今シーズン何回目ですか	1回目	2回目	
3. 【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 (具体的に) ()	ない	
4. 今日受けられる予防接種について説明文 (注意事項等) を読みましたか	はい	いいえ	
5. 今日、ふだんと違って具合の悪いところがありますか 具体的に ()	はい	いいえ	
6. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか 病名 ()	はい	いいえ	
7. ここ1カ月の間に何か病気で医師にかかったことがありますか 病名 ()	はい	いいえ	
8. 今までにけいれん (ひきつけ) をおこしたことがありますか 何回くらい (回) 何歳くらい (歳)	はい	いいえ	
9. 免疫不全と診断されたことがありますか	はい	いいえ	
10. 薬や食品 (ニワトリの肉や卵等) 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	いいえ	
11. 今までインフルエンザの予防接種を受けて、具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
12. 今までに特別な病気 (先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・血液疾患、免疫不全症、その他の病気) で医師の診察を受けていますか 病名 ()	はい	いいえ	
“はい”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	はい	いいえ	
13. 1カ月以内に予防接種を受けたことがありますか 予防接種名 () 接種日 (月 日)	はい	いいえ	
14. 今までに間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器疾患と診断されたことがありますか “ある”の場合: (年 月ごろ) 現在治療中・治療してない	ある	ない	
15. 【ご婦人の方に】現在、妊娠していますか	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があれば具体的に記入ください ()			

医師の記入欄: 以上問診および診察の結果、今日の予防接種は (可能・見合わせる) 医師の署名:
本人 (もしくは保護者) 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た。

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果、副反応などについて理解したうえで、今日の予防接種を受けますか (受けます ・ 見合わせます)

署名 (本人もしくは保護者)

ワクチン製造元	接種量	住所・医療機関名・医師氏名
(一般財団法人 阪大微生物病研究会)	(皮下接種)	〒370-0061 群馬県高崎市天神町115-1 もんでん内科クリニック 院長 門 傳 剛
Lot. No. _____	0.25mL	TEL 027-384-3701 FAX 027-384-3700
	0.5mL	接種日時 令和 年 月 日 時 分