インフルエンザ予防接種予診票

任意接種用

※接種希望の方は太線で囲まれた部分をご記入ください。

診察前の体温	度　　分

住　　所			TEL（　　）　　－	
フリガナ		男	生年月日	明治・大正　　年　　月　　日 昭和・平成
受ける方の氏名				
（保護者氏名）		女		（満　　才　　ヵ月）

質　問　事　項	回答欄		医師記入欄
今日のインフルエンザの予防接種について、説明文を読んで理解しましたか。	いいえ	はい	
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）	はい	
今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい（具体的に　　）	いいえ	
現在、何かの病気で医師にかかっていますか。	はい（病名）	いいえ	
薬はのんでいますか。	はい	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	いいえ	はい	
最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。	はい（病名）	いいえ	
今まで特別な（心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患、免疫不全症などの）慢性疾患にかかったことがありますか。	はい（病名）	いいえ	
近親者に先天性免疫不全症と診断された方がいますか。	はい	いいえ	
今までけいれん（ひきつけ）をおこしたことがありますか。	ある　　回くらい 最後は　　年　　月ごろ	いいえ	
そのとき熱が出ましたか。	はい（　　度）	いいえ	
薬や食品（鶏肉、鶏卵など）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。	ある（薬または食品の名前）	いいえ	
これまでに気管支喘息と診断されたことがありますか。	はい （現在治療中・治療していない）	いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。	ある（予防接種名・症状）	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	
1ヶ月以内に、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。	はい（病名　　）	いいえ	
1ヶ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	
（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	
（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）	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	

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

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）。

本人または保護者署名

使用ワクチン名	接種量	実施場所．医師名．接種年月日
インフルエンザHAワクチン　化血研 Lot No.	1　・　2　回目 0.5ml 0.25ml 右　左	実施場所　医療法人　森小児科クリニック 医師名　森　俊憲 接種年月日　平成　　年　　月　　日