

# インフルエンザ予防接種予診票

# 1・2 回目

診察前の体温 度 分

3  
才  
〜  
年  
長

住 所		TEL ( )	-
(フリガナ)		男・女	
受ける人の氏名		生年月日	年 月 日生
(保護者の氏名)		( 歳	ヵ月)

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（裏面）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 前回の接種は ( 月 日)	はい	
3. 今日、体に具合の悪いところがありますか。	ある具体的に ( )	ない	
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	いいえ	
5. 最近1ヵ月以内に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（心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、免疫不全症、その他の病気）にかかり医師の診察を受けていますか。	はい 病名 ( )	いいえ	
7. これまで間質性肺炎や気管支喘息等の呼吸器系疾患を診断され、現在、治療中ですか。	はい ( ) 年 ( ) 月頃 (現在治療中・治療していない)	いいえ	
8. 今までにけいれん（ひきつけ）を起こしたことがありますか。	ある ( ) 回ぐらい 最後は ( ) 年 ( ) 月頃	ない	
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でたり、体の具合が悪くなったことがありますか。	ある 薬または食品名 ( )	ない	
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 病名 ( )	いない	
12. 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。	ある 予防接種名・症状 ( )	ない	
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、乳幼児健診などで異常がありましたか。	ある 具体的に ( )	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）**医師の署名又は記名押印**

本人（もしくは保護者）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。

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性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（もしくは保護者の署名）  (※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載。続柄)
--	---

使用ワクチン名	Lot.No	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 □デンカ生研		0.5	医療機関名	長崎市万屋町6-15 アイキッズビル2F 医療法人 やなぎクリニック 柳 忠宏
			医師名	
カルテNo.		mℓ	接種年月日	