

# 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

小  
1  
5  
12  
才

|          |             |
|----------|-------------|
| 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 ヲ月)     |

| 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<br>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。<br>・その場合、治療（投薬など）を受けていますか。<br>・その病気の主治医には、<br>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 ( )<br>はい・いいえ<br>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<br>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<br>(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<br>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<br>薬または食品名<br>( )               | 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<br>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<br>( )                 | 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<br>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。<br>(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）<br><br>(※自署できない者は代筆者が署名し、<br>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<br>□化血研<br>□デンカ生研 |        | 0.5<br>ml | 医療機関名          | 長崎市万屋町6-15アイキッズビル2F<br>医療法人 やなぎクリニック<br>柳 忠宏 |
|                                 |        |           | 医師名            |  |
| カルテNo.                          |        |           | 接種年月日          | 令和 年 月 日                                     |