

インフルエンザ HA ワクチン予防接種予診票

(任意接種用)

※接種希望の方は、太ワク内のみご記入ください。回答欄にはどちらかに○印をつけてください。子どもの場合には、保護者の方がご記入ください。

		診察前の体温		℃
住 所	TEL			
フリナガ	男・女	生年月日	大正 昭和 平成 令和 西暦	
受ける人の氏名			年 月 日生	
(保護者の氏名)			(歳 ヶ月)	

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を読んで理解しましたか。	いいえ	はい	
2. 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか。	はい 具体的に()	いいえ	
3. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 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 はい いいえ	いいえ	
4. 最近 1 ヶ月以内に病気にかかりましたか。	はい 病名()	いいえ	
5. 特別な病気(先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・脳神経の病気、免疫不全症、血液疾患、その他)にかかったことがありますか。	はい 病名()	いいえ	
6. 薬や食品(特に鶏卵、鶏肉、その他の鶏由来のもの)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。	はい 薬名・食品名()	いいえ	
7. けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	はい	いいえ	
8. 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はありますか。	はい	いいえ	
9. 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 前回(月 日)	はい	
10. インフルエンザ予防接種の際に具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
11. 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。	はい 種類()	いいえ	
12. 4 週間以内に生ワクチンの予防接種を受けましたか。 または 1 週間以内に不活化ワクチンの予防接種を受けましたか。	はい 種類()	いいえ	
13. 近親者に先天性免疫不全症の方がいますか。	はい	いいえ	
14. 1 ヶ月以内に近親者や周囲で麻疹(はしか)、風しん、水痘(みずぼうそう)、おたふくかぜなどにかかった方はいますか。	はい 病名()	いいえ	
15. 【女性の方に】現在妊娠していますか。	はい	いいえ	
16. 【接種を受けられる方が子どもの場合】 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。	はい 具体的に()	いいえ	
17. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや質問があれば、具体的にご記入ください。			

医師記入欄
以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(実施できる ・ 見合わせた方がよい)と判断します。 本人または、保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び医療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。
医師の署名又は記名押印

本人(保護者)記入欄
予防接種の効果は副反応などについて理解した上で接種することに(同意します ・ 同意しません)。
署名 (代筆者の場合:続柄)

使用ワクチン	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
	皮下接種 □0.5mL(3 歳以上) □0.25mL(6 ヶ月以上 3 歳未満)	実施場所:成東しおさいクリニック 医 師 名:眞崎 空 接種日時: 年 月 日 :