

インフルエンザ予防接種予診票

任意接種用

* 接種希望の方へ：太ワク内にご記入下さい。
 * お子さんの場合には、健康状態をよく把握している保護者をご記入下さい。

| | | | |
|----------|-----|--------------|----------------|
| 住所 | | TEL() - () | |
| (フリガナ) | () | 男 | 生年 |
| 受ける人の氏名 | | 女 | 月日 |
| (保護者の氏名) | | | 明治・大正・昭和・平成・令和 |
| | | | 年 月 日生 |
| | | | (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 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。 | はい 具体的に() | いいえ |
| 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. これまでに特別な病気(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、医師の診察を受けましたか。 | 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と診断され、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. これまでにひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。 | はい()回ぐらい 最後は()年()月頃 | いいえ |
| 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出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。 | はい 薬または食品の名前() | いいえ |
| 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。 | はい 病名() | いいえ |
| 12. 1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。 | はい 予防接種の種類() | 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。 | はい 予防接種名・症状() | いいえ |
| 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。 | はい 具体的に() | 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や質問があれば、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・見合わせる) 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 | 用法・用量 | 実施場所・医師名・接種年月日 |
| インフルエンザHAワクチン Lot. No. | 皮下接種 | 実施場所 千葉県八千代市勝田台5-5-10 くすのき内科クリニック |
| □ デンカ株式会社 | □ 0.5mL (3歳以上) | 医師名 医師 楠 正 典 |
| カルテNo. | □ 0.25mL (6ヵ月以上3歳未満) | 接種年月日： 年 月 日 |

記載頂きました個人情報(ワクチン接種の予診)に関するのみ使用致します。