

# 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。

診察前の体温 \_\_\_\_\_ 度 分

住所		TEL ( _____ ) _____		
(フリガナ) 受ける人の氏名	( _____ )	男 ・ 女	生 年 月 日	_____ 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(裏面)を読んで理解しましたか。	いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>
5. 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 <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>
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 _____ 月ごろ (現在治療中・治療していない)	いいえ <input type="checkbox"/>
8. 今までにけいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか。	ある _____ 回ぐらい 最後は _____ 年 _____ 月ごろ	ない <input type="checkbox"/>
9. 薬や食品(鶏肉、鶏卵など)で皮膚に発しんや蕁麻疹がでたり、体の具合が悪くなったことがありますか。	ある (薬または食品の名前)	ない <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>
11. 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。	いる (病名)	いない <input type="checkbox"/>
12. 1 ヶ月以内に何かの予防接種を受けましたか。	はい (予防接種名)	いいえ <input type="checkbox"/>
13. これまでに予防接種を受けて特に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 <input type="checkbox"/>
14. (女性の方に)現在妊娠していますか。	はい	いいえ <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>
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 )	署名(本人もしくは保護者)  ※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。 <u>続柄</u>
----------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
インフルエンザHAワクチン Lot.No. _____	皮下接種 <input type="checkbox"/> 0.25mL <input type="checkbox"/> 0.5mL	実施場所: 医師名: 接種日時: _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分
カルテ No. _____		