

# インフルエンザワクチン予防接種 予診票

任意接種用

※接種希望の方は、太ワク内をご記入ください。

			診察前の体温		度 分
住 所	〒		電話		
(フリガナ) 受ける人の氏名	( )	男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生	
(保護者の氏名)				( 歳 カ月)	
質 問 事 項			回 答 欄		医師記入欄
今日受ける予防接種についての説明文を読み、効果や副反応などについて理解しましたか			は い	いいえ	
保護者の方に、お子様の発育歴についておたずねします 出生体重 ( g ) 分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるとされたことがありますか			は い	いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか、また今日具合の悪いところがありますか (病名、具合の悪い箇所 ) 最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか 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	いいえ	
今までに特別な病気(先天性心疾患、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 (病名 )			は い	いいえ	
薬や食品(鶏卵、鶏肉など)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(薬名・食品名 )			は い	いいえ	
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか ① 前回受けたのは ( 年 月頃) ② その際に具合が悪くなったことはありますか ③ 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 (予防接種名 )			は い	いいえ	
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか(予防接種名 )			は い	いいえ	
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	
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がありますか			は い	いいえ	
近親者に先天性免疫不全症の方がいますか			は い	いいえ	
近親者の中に予防接種をうけて、具合が悪くなった方はいますか			は い	いいえ	
1ヶ月以内に家族や友達に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか (病名 )			は い	いいえ	
(ご婦人の方に)現在妊娠していますか			は い	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか			は い	いいえ	
医師記入欄					
以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は(実施できる・見合わせる)と判断します 本人(本人が未成年者の場合は保護者) 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ました <span style="float: right;">医師の署名 _____</span>					
本人記入欄(未成年者の場合は保護者)					
医師の診断・説明を受け、予防接種の効果や目的、副反応などについて理解したうえで 接種することに (同意します・同意しません) どちらかを○で囲んでください <span style="float: right;">署名(本人もしくは保護者) _____</span>					

使用ワクチン名・メーカー名	用法・容量	実施場所・医師名・接種日時
名 称 : インフルエンザHAワクチン メーカー名 : □北里 □阪大ビケン □化血研 製造番号 :	皮下接種 □0.25m □0.5ml	医療機関名 : <b>じきはらこどもクリニック</b> 医 師 名 : 接種日時 : 平成 年 月 日 時

記載いただきました個人情報はワクチン接種に関する予診にのみ使用します。