

インフルエンザ予防接種予診票 3才以上(0.5ml用)

*接種希望の方あるいは保護者の方へ：太ワク内 の箇所にもれなくご記入ください

ふりがな		男	診察前の体温	度 分		
受ける人の氏名			生年月日	昭和・平成・令和	年	月
保護者の氏名 (未成年者接種時)		女	住所	(満 歳 力月)		
			電話番号	()	—	

*太ワク内の回答欄にもれなくご記入ください。

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. 今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン1回目・2回目ですか (1回目 年 月 日)	() 回目		
3. 今日、体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください()	はい	いいえ	
4. 最近1カ月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか 病名()	はい	いいえ	
5. 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 病名()	はい	いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれ ましたか	はい	いいえ	
6. 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	
7. 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。 (最後は 年 月頃)	はい	いいえ	
8. 薬や食品(鶏肉、鶏卵など)で皮膚に発しんや蕁麻疹が出たり、体の具合が 悪くなったことがありますか。 薬または食品の名前()	はい	いいえ	
9. 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 予防接種名・症状()	はい	いいえ	
10. 1ヶ月以内に近親者や周囲で麻しん(はしか)、風しん、水痘(みずぼうそ う)、おたふくかぜにかかった方がいますか()	はい	いいえ	
11. 最近1ヶ月に予防接種を受けましたか。予防接種種類()	はい	いいえ	
12. (女性の場合)現在、妊娠していますか	はい	いいえ	
13. 今日の予防接種について質問がありますか()	はい	いいえ	
14. その他、健康状態のことで伝えておきたいことがあれば具体的に書いてください			
15. 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) 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 医師署名			

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、医薬品医療機器総合機構法に基づく救済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(もしくは保護者)の署名

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種日	
kmb・デンカ・北里・ピケンHA・第一三共	□0.5mL(3歳以上) 〔皮下接種〕	実施場所	まつおか小児クリニック
メーカー名 Lot. No. カルテ No.		医師名	松岡典子
注：有効期限が切れていないか確認してください		接種日	令和 年 月 日

記載頂きました個人情報はワクチン接種の予診に関してのみ使用致します