

# 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	TEL ( _____ ) _____		
フリガナ			平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
受ける人の氏名	男 女	生年 月日	(満 _____ 歳 _____ ヵ月)
保護者の氏名			

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
1. 今日受けられる予防接種について説明文を読んで理解しましたか	はい	いいえ	
2. 今日受けられるインフルエンザの予防接種は今シーズン何回目ですか	1回目	2回目	
3. 【予防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	
4. 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか	ある (具体的に)	ない	
5. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか	はい (病名)	いいえ	
6. 最近1ヶ月以内に何か病気にかかりましたか	はい (病名)	いいえ	
7. 最近1ヶ月以内に近親者や周囲に麻疹、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	
8. 最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか	はい (予防接種名)	いいえ	
9. 今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	ある (具体的に)	ない	
10. 今までに特別な病気 (先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症、 悪性腫瘍、その他の病気) にかかり、医師の診断を受けたことがありますか	ある (具体的に)	ない	
(“ある”の場合) その病気を診てもらっている医師に、今日の予防接種を 受けて良いといわれましたか	はい	いいえ	
11. 今までにひきつけ (けいれん) を起こしたことがありますか	[ ある ごろ 回くらい 最後は _____ 年 _____ 月ごろ ]	ない	
(“ある”の場合) ひきつけ (けいれん) を起こしたとき、熱は出ましたか	はい ( _____ °C )	いいえ	
12. 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	[ ある 年 _____ 月ごろ 現在治療中・治療していない ]	ない	
13. 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	ある (薬、食品名)	ない	
14. 近親者の中に予防接種を受けて、具合が悪くなった方はいますか	いる (予防接種名)	いない	
15. 近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	いる	いない	
16. 【ご婦人の方に】 現在、妊娠していますか	はい	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があれば具体的に記入ください (投薬状況など)			

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、説明をした  
 医師署名又は記名押印 大城 清彦

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果、副反応の可能性などについて理解した上で、  
 今日の予防接種を受けますか ( \_\_\_\_\_ 受けます ・ 見合わせます )

署名 (本人もしくは保護者)

使用ワクチン名・メーカー名	接種量	実施場所・医師名・接種日時
使用したワクチンにチェックを入れてください。 インフルエンザHAワクチン <input type="checkbox"/> 「ビケンHA」 <input type="checkbox"/> フルービックHA® <input type="checkbox"/> フルービックHAシリンジ Lot No. _____ (財) 阪大微生物病研究会 (販売: 田辺三菱製薬株式会社)	(皮下接種)  <input type="checkbox"/> 0. 2 5 mL  <input type="checkbox"/> 0. 5 mL	実施場所 〒191-0016 東京都日野市神明 3-6-16 アメニティ明和館1F  医師名 医療法人社団順松会 おおしろクリニック 院長 大城 清彦  接種日時 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分