インフルエンザ予防接種予診票

＊**接種希望の方へ：太ワク内**にご記入ください。
＊お子様の場合には、健康状態をよく把握している保護者がご記入ください。

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	明治・大正・昭和・平成・令和 年　　月　　日生
（保護者の氏名）				（　　歳　　カ月）

質問事項	解答欄		医師記入欄
1.　今日受ける予防接種について質問はありますか。	はい　（　　）	いいえ	
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、身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良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ヶ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）をおこしたことがありますか。	はい（　　）回くらい 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カ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カ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様の場合） 分娩時、出産時、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、具体的に書いてください。			

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）　　**医師の署名又は記入押印**

本人（もしくは保護者）に大して、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、 代筆者氏名および被接種者との続柄を記載。続柄＿＿＿＿＿＿＿＿）

使用ワクチン名		用法・容量	実施場所・医師名・接種年月日
インフルエンザHAワクチン □化血研 □デンカ生研	Lot.No.	皮下接種 □0.5mL（3歳以上） □0.25mL（6カ月以上3カ月未満）	実施場所　：〒464-0807 愛知県名古屋市千種区東山通1-10-1 本山メディカルステーション2F 医師名　：本山第一クリニック　浅野　眞一 接種年月日：　　年　　月　　日
カルテNo.			

いただ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いたします。