

# インフルエンザHAワクチン予防接種予診票

任意接種用

※接種希望の方は、太枠内のみご記入ください。回答欄にはどちらかに○印をつけてください。

※ 自宅で測って記入

※子どもさんの場合には、健康状態をよく把握している保護者をご記入ください。

診察前の体温 \_\_\_\_\_ 度 分

住 所	TEL ( _____ ) _____ - _____	
フ リ ガ ナ	男・女	生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生
受ける人の氏名		( _____ 歳 _____ カ月)
(保護者の氏名)		

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、普段と違って具合の悪いところがありますか。	はい 具体的に( _____ ) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
3. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 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( _____ ) <input type="checkbox"/> はい いいえ 特に尋ねていない <input type="checkbox"/>	
4. 最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか。	はい 病名( _____ ) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
5. 特別な病気(先天性異常、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。	はい 病名( _____ ) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
6. 薬や食品(特に鶏卵、鶏肉、その他の鶏由来のもの)で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい 薬名・食品名( _____ ) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
7. けいれんを起こしたことがありますか。	はい( _____ 回ぐらい) <input type="checkbox"/> (最後は _____ 年 _____ 月ごろ) <input type="checkbox"/>	
8. 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はありませんか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
9. 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 前回の接種( _____ 月 _____ 日) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>	
10. インフルエンザ予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
11. 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。	はい 予防接種名( _____ ) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
12. 1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。	はい 接種日( _____ 月 _____ 日) <input type="checkbox"/> 予防接種名( _____ ) <input type="checkbox"/>	
13. 近親者に先天性免疫不全症の方がいますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
14. 1ヵ月以内に近親者や周囲で麻疹(はしか)、風しん、水痘(みずぼうそう)、おたふくかぜなどにかかった方はいますか。	はい 病名( _____ ) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
15. 【女性の方に】現在妊娠していますか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
16. 【接種を受けられる方が子どもさんの場合】 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。 出生体重( _____ )g	はい 具体的に( _____ ) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
17. 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、 具体的にご記入ください。		

**医師記入欄**

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は( 実施できる ・ 見合わせた方がよい )と判断します。  
本人又は、保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び独立行政法人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。

医師の署名又は記名押印 **大塚隆文**

※ 18歳未満の方は保護者の方がご自身のお名前を署名 本人(保護者)記入欄 小・中学生は保護者の方の同伴必要

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で接種することに  
( 同意します ・ 同意しません )。

※ 志望に  
署名 \_\_\_\_\_ (代筆者の場合：続柄 \_\_\_\_\_ ) (なお被接種者が自署できない場合は代筆者が署名し、被接種者との続柄を記載してください。)

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所： <b>千原診療所・櫻葉市港橋区甲斐町4-9-1</b> <b>日吉あつがクリニック 大塚隆文</b>
<input type="checkbox"/> インフルエンザHAワクチン	皮下接種	医師名： _____
Lot No. : _____ カルテNo. : _____	<input type="checkbox"/> 0.5mL (3歳以上)	接種日時： _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

記載頂きました個人情報 Wakuchin 接種の予診に関してのみ使用いたします。

医療法人社団 冬季会