

インフルエンザ予防接種 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。

住 所		TEL () —	
フリガナ		男・女	生 年 月 日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 (歳)
予 防 接 種 を 受 け る 人 の 氏 名			
(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裏面の説明文を読んで理解できましたか	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. 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	
4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか	ある(具体的に)	いいえ	
5. 最近1ヵ月以内に何か病気にかかりましたか	はい(病名)	いいえ	
6. 最近1ヵ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	
7. 最近1ヵ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	
8. インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか	はい	いいえ	
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はありますか	ある(症状:) ある(予防接種名:) (症状:)	ない ない ない	
9. 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”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言われましたか	ある(具体的に) はい	ない いいえ	
10. 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”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	ある ごろ 回くらい 最後は 年 月ごろ はい(°C)	ない いいえ	
11. 今までに間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器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	
12. 薬や食品(鶏肉、鶏卵など)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)	いいえ	
13. 近親者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	
14. 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	
15. 【女性の方へ】現在、妊娠していますか	はい	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があれば具体的にご記入ください(投薬状況など)			

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 (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、副反応およ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。
医師の署名又は記名押印

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応を理解した上で、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)

使用ワクチン(Lot.No)	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
インフルエンザHAワクチン	(皮下接種)	実施施設 株式会社 日立製作所 土浦診療健診センター 茨城県土浦市神立東二丁目27番8号
LotNo.	0.5 ml	医師名 接種年月日 年 月 日