

インフルエンザ予防接種予診票

			体温		度		分
住所					Tel		
受ける人の氏名		男女	生年月日	大正 年 月 日 昭和・平成			
保護者の氏名				(満 歳 カ月)			

質 問 事 項	回答欄		医師記入欄
現在、何か病気にかかっていますか。	はい	いいえ	
病名()			
治療(投薬など)を受けていますか。	はい	いいえ	
その病気の主治医には、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	
<u>免疫不全と診断されたことがありますか。</u>	<u>はい</u>	<u>いいえ</u>	
今日体に具合の悪いところがありますか。	はい	いいえ	
具体的な症状を書いてください。()			
<u>心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。</u>	<u>はい</u>	<u>いいえ</u>	
病名()			
<u>その病気をみ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。</u>	<u>はい</u>	<u>いいえ</u>	
<u>最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。</u>	<u>はい</u>	<u>いいえ</u>	
病名()			
最近1ヶ月以内に、家族や遊び仲間に、インフルエンザ、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。	はい	いいえ	
(病名)			
最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。	はい	いいえ	
予防接種の種類()			
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	
その際に具合が悪くなったことはありますか。	はい	いいえ	
これまでにインフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。	はい	いいえ	
予防接種の種類()			
ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか。	はい	いいえ	
薬や食品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。	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。()歳頃	はい	いいえ	
そのとき熱が出ましたか。	はい	いいえ	
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。	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	
(女性のみ)現在妊娠している、又は妊娠している可能性はありますか。	はい	いいえ	

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)。 本人に対して、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに予防接種健康被害救済制度について、説明をした。 医師の署名又は記名押印 山内 英子
--

被接種者の記入欄 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、ワクチンの接種を (希望します ・ 希望しません)。 令和 年 月 日 本人自署
--

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量	実施場所 医師名 接種年月日
メーカー名	0.5 cc	実施場所 山内医院
Lot No.		医師名 山内 英子
		接種年月日 令和 7 年 月 日