

## インフルエンザ予防接種予診票

\*接種希望の方へ：太ワク内にご記入下さい。

\*お子さんの場合には、健康状態をよく把握している保護者様をご記入下さい。

		診察前の体温		度 分	
住 所	TEL ( ) -				
フリガナ 受ける人の氏名	男	生年	年 月 日生		
(保護者の氏名)	女	月 日	( 歳 ヶ月)		

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日受け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	
お子さんの発育歴についておたずねします 出生体重 ( ) g	分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか 乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった なかった あった なかった ある ない	
今日、体に具合の悪いところがありますか 具体的に( )	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか 病名( ) いつ( )	はい	いいえ	
1ヶ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくなどの病気の方がいましたか 病名( ) いつ( )	はい	いいえ	
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名( ) いつ( )	はい	いいえ	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、 その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか 病名( )	はい	いいえ	
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よいといわれましたか	はい	いいえ	
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか ( )歳頃	はい	いいえ	
薬や食品(特に鶏卵・鶏肉)で皮膚に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	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方がいますか	はい	いいえ	
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すか	はい	いいえ	
【女性の方に】現在妊娠していますか	はい	いいえ	
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 予防接種名( ) いつ( )	ある	ない	
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 前回接種日( )	はい	いいえ	
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書いて下さい。			

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） 医師の署名又は記名押印

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 )	保護者の署名
--	--------

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
Lot. No.	皮下接種	実施場所：ひろ小児科ファミリークリニック 医師名： 接種日時： 年 月 日

記載頂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致します。