

## インフルエンザ予防接種 予診票

\*型崩れしている場合はダウンロードした後開いてください。

診察前の体温

度

分

住所			電話番号		
(フリガナ) 受ける人の氏名	( )	男女	生年月日	年	月
(保護者の氏名)				日	生
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を読んで理解しましたか。			いいえ		はい
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 前は _____ 年 _____ 月頃		はい
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( )		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よいと言われましたか。			はい 病名( ) はい・いいえ はい・いいえ・特に尋ねていない		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. 今までに特別な病気(先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・脳神経の病気、免疫不全症、悪性腫瘍、血液疾患、その他)にかかったことがありますか。			はい 病名( )		いいえ
7. 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( )年( )月頃 (現在治療中・治療していない)		いいえ
8. 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。			はい ( )回ぐらい 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ヵ月以内に近親者や周囲で麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。			いる 病名( )		いいえ
12. 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
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さんの場合) 分娩時、出生時、乳幼児健診で異常がありましたか。			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や質問があれば、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。

佐々木茂

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
使用ワクチン名・メーカー名	用法・用量	実施機関・接種者名・接種日
インフルエンザHAワクチン  Lot No. : L R	皮下接種 0.5mL 0.25mL	実施機関：  接種者名： <b>佐々木茂</b> 接種日： <b>令和6年 月 日</b>

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致します。