

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、太枠内をご記入下さい。 診察前の体温 度 分

住所	TEL() -		
フリガナ	男 ・ 女	生年 月日	大正・昭和・平成・令和 年
予防接種を受ける人の 氏名 (保護者の氏名)			月 日 生 (歳)

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説明文を読んで理解しましたか	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	
【予防接種を受けられる方がお子様の場合】	ある (具体的に)	ない	
3. 分娩時、出産時、乳幼児健診などで異常がありましたか			
4. 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	
5. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか	はい (病名)	いいえ	
6. 最近 1 カ月以内に何か病気にかかりましたか	はい (病名)	いいえ	
7. 最近 1 カ月以内に近親者や周囲に麻しん、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)	いない	
8. 最近 1 カ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	
9. 今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	ある (具体的に)	ない	
10. 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よいといわれましたか	ある (具体的に)	ない	
11. 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	いいえ	
(“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 回ぐらい、最後は 年 月頃)	ない	
12. 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がありますか	はい (°C)	いいえ	
13. 薬や食品(卵、鶏肉など)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(年 月頃 現在治療中、 治療していない)	ない	
14. 近親者の中に予防接種を受けて、具合が悪くなった方はいますか	ある (薬、食品名)	ない	
15. 近親者の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	いる (予防接種名)	いない	
16. 【ご婦人の方に】現在、妊娠していますか	いる	いない	
17. その他、健康上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下さい(投薬状況など)	はい	いない	

医師の記入欄：以上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。
医師の署名または記銘押印 大田 和美

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果、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(もしくは保護者の署名)
---	-------------------

使用ワクチン名・メーカー名	回目 接種部位	摂取量	実施場所・医師名・接種日時
使用したワクチンにチェックを入れて下さい。 インフルエンザ HA ワクチン <input type="checkbox"/> デンカ <input type="checkbox"/> 第一三共 <input type="checkbox"/> ピケン <input type="checkbox"/> KMB <input type="checkbox"/> フルービック LotNo.	1 回目 ・ 2 回目 上腕 (左 ・ 右) 大腿 (左 ・ 右)	(皮下接種) <input type="checkbox"/> 0.25ml (6 カ月以上 3 歳未満) <input type="checkbox"/> 0.5ml (3 歳以上)	実施場所 〒607-8152 京都府京都市山科区東野八代 6-1 おおたこども・アレルギークリニック 医師名 大田 和美 接種日時 令和 年 月 日 時 分