

# インフルエンザ予防接種予診票

【任意接種用】

R1.12.4～ チェック欄

☆太枠の中のみ記入して下さい。記載いただきました個人情報は予診にのみ使用します。

住 所 猿払村		診 察 前 の 体 温		度	分	<input type="checkbox"/>	
フ リ ガ ナ 受ける人の氏名		男 ・ 女	生 年 月 日	昭和 ・ 平成 ・ 令和	年	月	日 生
(保 護 者 氏 名)				(満	歳	カ)	月

質 問 事 項	回 答 欄		医師 記入欄
今日受けるインフルエンザの予防接種についての説明文を読み、効果や副反応などについて理解しましたか	いいえ	はい	
今日受け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さんの場合】 生まれたときの体重が少なかったり、分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか	ある(具体的に)	ない	
今日、普段と違って具合の悪いところがありますか	はい(具体的に)	いいえ	
最近1ヶ月の間に熱が出たり、病気にかかったりしましたか	はい(具体的に)	いいえ	
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	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けても良いと言われましたか	はい	いいえ	
特別な病気(心臓血管系、腎臓、肝臓、血液疾患、免疫不全症、その他の病気)にかかったことがありますか	はい(病名)	いいえ	
薬や食品(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発疹やじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか	はい(薬、食品名)	いいえ	
インフルエンザ予防接種を受けたことがありますか	はい(前回: 年 月頃)	いいえ	
インフルエンザの予防接種を受けて、体の具合が悪くなったことはありますか	はい	いいえ	
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がありますか	はい(予防接種名: )	いいえ	
4週間以内にインフルエンザ以外の予防接種を受けましたか	はい(予防接種名: ) (接種日: R . . )	いいえ	<input type="checkbox"/>
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか	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	
近親者の中に予防接種を受けて具合が悪くなった方がいますか	はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全症の方がいますか	はい	いいえ	
1ヶ月以内に家族や周囲に麻疹、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(病名)	いいえ	
【ご婦人の方に】現在、妊娠していますか	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	

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 (実施できる ・ 見合わせた方がよい)と判断します。本人(保護者)に対して予防接種の効果・副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明しました。	
医師署名又は記名捺印	

本人記入欄	
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、接種に同意しますか(同意します ・ 同意しません)	本人もしくは保護者(代理人)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
	皮下接種 <input type="checkbox"/> 0.25mL (6か月以上3歳未満) <input type="checkbox"/> 0.5mL (3歳以上)	医療機関名: 医 師 名: 接種日時: 令和 年 月 日