

# インフルエンザ予防接種 予診票（任意接種）

		診察前の体温	度 分
住所			電話番号
受ける人の氏名	ふりがな( )	男・女	生年月日
保護者の氏名			年 月 日
		(満 歳 カ月)	

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	いいえ	はい	
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めですか	2回め	1回め	
3) 今日普段とちがって体に具合の悪いところがありますか あれば具体的な症状を書いてください ( )	ある	ない	
4) 現在、何かの病気で医師にかかっていますか(あれば病名 ( ) )	はい	いいえ	
5) 最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか (病名 ( ) 期間( 月 日 ~ 月 日 ) )	はい	いいえ	
6) 1ヶ月以内に、家族や周囲で、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 (病名 ( ) 誰が( ) )	はい	いいえ	
7) 1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類( )	はい	いいえ	
8) 今までに特別な病気(先天性異常、心臓病、腎臓病、肝臓病、脳神経の病気、免疫不全症、川崎病その他の病気)にかかり、医師の診察を受けていますか 病名( ) 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いいと言われましたか	はい いいえ	いいえ はい	
9) 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか あれば具体的に( )	はい	いいえ	
10) 薬や食物(鶏卵、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( )歳頃 薬品・食品名( ) 症状( )	ある	ない	
11) ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ( 歳 ヶ月頃) そのとき熱はありましたか	ある なかった	ない あった	
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。 ( 年 月ごろ 現在 治療中・治療していない )	ある	ない	
13) 今までにインフルエンザの予防接種を受けたことがありますか あれば、その時具合が悪くなったことがありますか	ある ある	ない ない	
14) 今までにその他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 ( )歳ごろ 予防接種名( ) 症状( )	はい	いいえ	
15) 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	いない	
16) 近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	いる	いない	
17) 今日の予防接種について質問がありますか ( )	ある	ない	

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 )  
 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、説明等を行った。  
 医師署名又は記名押印

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 ( 希望します ・ 希望しません )  
 本人(保護者)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
インフルエンザHAワクチン	皮下接種	実施場所 印西市竜腹寺350-2 くやま小児科医院
Lot No.	<input type="checkbox"/> 0.25ml (3歳未満)	医師名 久山 登
メーカー名	<input type="checkbox"/> 0.5ml (3歳以上)	接種年月日 平成 年 月 日