

# インフルエンザワクチン予防接種予診票(任意接種) \*太枠内を記入してください\*

住所		電話番号	— —
フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名			
保護者氏名		診察前の体温	度 分

質問事項	回答欄		医師記入欄
本日受ける予防接種の説明文を読んで理解しましたか	いいえ	はい	
今日体に具合の悪いところがありますか	はい 具体的な箇所( )	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	
1ヶ月以内に何か病気にかかりましたか	はい 病名( )	いいえ	
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか(接種日: / )	はい 予防接種名( )	いいえ	
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか	いいえ	はい	
その際に具合が悪くなったことがありますか	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	
今までに特別な病気(先天性異常、免疫不全症、脳神経等)にかかり医師の診断を受けたことがありますか	はい いつ( )	いいえ	
はい、の場合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もよいと言われましたか	いいえ	はい	
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 はい、の場合熱は出ましたか( )	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんま疹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、食品名( )	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はいますか	はい 予防接種名( )	いいえ	
1ヶ月以内に家族や周囲で麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜ等にかかった方はいますか	はい	いいえ	
現在妊娠していますか	はい	いいえ	
その他、予防接種・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ご記入ください			

医師記入欄	医師署名又は記名押印
以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は <span style="margin-left: 100px;">可能</span> ・ <span style="margin-left: 100px;">見合わせる</span> 本人に対して接種の効果、副反応および予防接種健康被害救済制度について説明した	村下 徹也

本人(又はその保護者)記入欄	
医師の診察・説明を受け、接種の効果や副反応について理解した上で接種を希望しますか	はい ・ いいえ
本人(保護者)自署 _____	代筆の場合続柄 _____

使用ワクチンロット番号	摂取量	実施場所・医師名・接種年月日
	0.5ml	実施機関名 <span style="margin-left: 100px;">むらした内科クリニック</span> 医師名 <span style="margin-left: 100px;">村下 徹也</span> 接種年月日 <span style="margin-left: 100px;">年 月 日</span>