

インフルエンザ予防接種予診票

※接種希望の方へ：太枠の中をご記入下さい。

※お子さんの場合には、健康状態をよく把握している保護者をご記入下さい。

診察前の体温	℃
--------	---

住所	〒 - TEL () -	ID	
フリガナ		性別	昭和・平成
予防接種を受ける人の氏名		男	年 月 日
保護者署名 接種者が未成年者の場合		女	歳 カ月

質問事項	回答欄	医師記入欄
1. 今日受ける予防接種の説明：注意事項を読んで理解しましたか。	はい いいえ	
2. 今日受けるインフルエンザ予防接種は、今シーズン何回目ですか。	1回目 2回目	
3. 【予防接種を受けられる方がお子様の場合】 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。	はい（具体的に） いいえ	
4. 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	
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か月以内に、何か病気にかかりましたか。	はい（病名） いいえ	
7. 1か月以内に近親者や周囲で、麻疹・風疹・水痘・おたふく風邪、 新型コロナウイルスなどにかかった方がいますか。	はい（病名） いいえ	
8. 最近1か月以内に、予防接種を受けましたか。	はい（具体的に） いいえ	
9. インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。 ①前回受けたのは、（ 年 月頃 ） ②その際に具合が悪くなったことはありますか。 ③インフルエンザ以外の予防接種の際に、具合が悪くなったことがありますか。	はい いいえ ②はい（症状： ） いいえ ③はい（症状： ） いいえ	
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、医師の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、今日の予防接種の許可をもらいましたか。	はい（具体的に） いいえ はい いいえ	
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。 <small>※8週間以内に、初回のけいれん発作があった場合は、接種をお勧め出来ません。</small>	はい いいえ （最近： 年 月頃 / 年 月頃）	
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判断されたことがありますか。	はい いいえ （治療中・治療していない）	
13. 薬や食品（鶏卵・鶏肉など）で、皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなった方はいますか。	はい（具体的に） いいえ	
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。	はい（具体的に） いいえ	
15. 近親者の中に先天性免疫不全と診断された方はいますか。	はい（具体的に） いいえ	
16. 【女性のみ】現在、妊娠されていますか。 妊娠中の方へこのワクチン接種について、主治医の許可はありますか。	はい いいえ （許可有・許可はない）	

【その他】健康状態について、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。

【医師の記入欄】以上の問診及び診察の結果、今日の接種は（可能・見合わせる）
本人（若しくは保護者）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。
医師の署名又は記名押印 Ⓜ

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） 本人若しくは保護者の署名

インフルエンザHAワクチン	実施場所・医師名・接種日時
Lot No.	実施場所 岐阜県岐阜市清住町1-22 阪野クリニック 医師名 阪野 勝久 接種日時 令和 年 月 日 :