

インフルエンザ予防接種(任意接種)予診票

(当院の受診歴のある方は)診察券番号					
フリガナ	受ける方の氏名	性別	男・女		
(保護者氏名)		生年月日	満	歳	か月
住所		昭和・平成・令和	年	月	日生
		電話番号	()	-	

質問事項	回答欄	度	分
1. 今日受ける予防接種について別紙の説明書を読んで理解しましたか。	いいえ	はい	
2. 今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン1回目ですか、2回目ですか。	()	回目	
3. 今日、体に具合の悪いところがありますか。またはいっしょに診療や投薬の希望がありますか。 あれば具体的な症状を書いてください。()	はい	いいえ	
4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。病名()	はい	いいえ	
その場合、治療(投薬など)を受けていますか。	はい	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よいと言われましたか。	はい	いいえ	
5. 最近1か月以内に病気にかかりましたか。 はいの場合、病名()	はい	いいえ	
6. これまでに特別な病気(先天異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、免疫不全症その他の病気)にかかり医師の診察を受けましたか。 はいの場合、病名()	はい	いいえ	
7. これまで間質性肺炎や気管支喘息等の呼吸器系疾患と診断され、現在、治療中ですか。 はいの場合 ()年()月頃、 (現在治療中・治療していない)	はい	いいえ	
8. これまでに、ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。 はいの場合 ()回くらい、 最後は()年()月頃	はい	いいえ	
9. 薬や食品(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。 はいの場合、薬または食品の名前 ()	はい	いいえ	
10. 近親者に先天性免疫不全と診断されている方がいますか。	はい	いいえ	
11. 1か月以内に家族や周囲で新型コロナウイルス感染症、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 はいの場合、病名()	はい	いいえ	
12. 1か月以内に新型コロナワクチンなどの予防接種を受けましたか。 はいの場合、予防接種の種類() 接種日 月 日	はい	いいえ	
13. これ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。 はいの場合、予防接種の種類	はい	いいえ	
14. (女性の方に)現在妊娠していますか。	はい	いいえ	
15. (接種を受けられる方がお子さんの場合)分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。 はいの場合、具体的内容()	はい	いいえ	
16. 今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

本日の予防接種が実施できる場合は、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解したうえで、接種することを
(希望します ・ 希望しません)※かっこの中のどちらかを○で囲んでください。 本人または保護者署名 _____

医師記入欄
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。
本人または保護者に対して、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、説明書を読んでもらいました。 医師署名又は記名押印 佐々木 伸彦

ワクチン名	ロット番号	用量	実施場所・医師名・接種日
インフルエンザ HA <input type="checkbox"/> デンカ生研 <input type="checkbox"/> KMB <input type="checkbox"/> 阪大微研 <input type="checkbox"/> 第一三共		<input type="checkbox"/> 0.25 ml <input type="checkbox"/> 0.5 ml	東京都調布市西つつじが丘 3-37-2-107 医療法人社団 佐々木こどもクリニック 医師 佐々木伸彦 接種日 令和 年 月 日