# インフルエンザ予防接種　予診票

任意接種用

※ 太枠の中だけをご記入ください。回答欄は、あてはまる方に○をつけてください。
※ お子さんの場合は、健康状態をよく知っている保護者の方がご記入ください。

| 診察前の体温　　度　　分 |
|---|

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 住　　所 | | TEL（　　）　　－ | | |
| フ リ ガ ナ<br>受ける人の氏名 | | 男<br>・<br>女 | 生年<br>月日 | 年　　月　　日生<br>（　　歳　　か月） |
| （保護者の氏名） | | | | |

| 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（効果・副反応など）を読み、理解しましたか。 | いいえ | はい | |
| 2. 今日、ふだんと違って体の具合の悪いところがありますか。 | はい　具体的に（　　） | いいえ | |
| 3. 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 | |
| その病気の主治医から、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。 | いいえ・尋ねていない | はい | |
| 4. 最近1か月以内に、病気にかかりましたか。 | はい　病名（　　） | いいえ | |
| 5. 心臓・腎臓・肝臓・脳神経の病気、免疫不全、血液の病気など、特別な病気にかかったことがありますか。 | はい　病名（　　） | いいえ | |
| 6. 薬や食べ物（特に卵・鶏肉など）で、発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったりしたことがありますか。 | はい　薬・食べ物の名前（　　） | いいえ | |
| 7. 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 | |
| 8. 間質性肺炎やぜんそくなど、呼吸器の病気と診断されたことがありますか。 | はい | いいえ | |
| 9. 今日の接種は、今シーズン1回目ですか。 | いいえ　前回　　月　　日 | はい | |
| 10. インフルエンザの予防接種で、具合が悪くなったことがありますか。 | はい | いいえ | |
| 11. インフルエンザ以外の予防接種で、具合が悪くなったことがありますか。 | はい　ワクチン名（　　） | いいえ | |
| 12. 1か月以内に、ほかの予防接種を受けましたか。 | はい　ワクチン名（　　） | いいえ | |
| 13. 近親者に、先天性免疫不全と診断された方がいますか。 | はい | いいえ | |
| 14. 1か月以内に、家族や周りで、はしか（麻しん）・風しん・水ぼうそう・おたふくかぜにかかった方がいますか。 | はい　病名（　　） | いいえ | |
| 15. 【女性の方】現在、妊娠していますか（妊娠の可能性を含みます）。 | はい | いいえ | |
| 16. 【お子さんの場合】生まれたときや、乳幼児健診などで、異常を指摘されたことがありますか。<br>出生体重（　　）g | はい　具体的に（　　） | いいえ | |
| 17. そのほか、健康状態について医師に伝えたいことや質問があれば、具体的にご記入ください。 | | | |

## 医　師　記　入　欄

以上の問診と診察の結果、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、予防接種の効果、副反応、医薬品副作用被害救済制度について説明しました。

医師の署名または記名押印 ……

## 本人（保護者）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うえで、接種することに
（　同意します　・　同意しません　）。

※ ご本人が署名できない場合は、代筆者が署名し、ご本人との続柄をご記入ください。

署名 ……　（代筆者の場合：続柄　　）

| 使用ワクチン名 | 用法・用量 | 実施場所・医師名・接種日時 |
|---|---|---|
| インフルエンザHAワクチン<br>Lot No.：<br>カルテNo.： | 皮下接種<br>☐ 0.5mL（3歳以上）<br>☐ 0.25mL（6か月以上3歳未満） | 実施場所：　〒245-0061 横浜市戸塚区汲沢8-11-27<br>すずき内科・胃腸内科クリニック<br>TEL 045-443-7117<br>医師名：　鈴木　道隆<br>接種日時：　　年　　月　　日　　時　　分 |

ご記入いただいた個人情報は、予防接種の予診と記録のためにのみ使用します。