

インフルエンザ予防接種 予診票

任意接種用

※接種希望の方へ：太枠内にご記入ください。
※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ください。

住 所		診察前の体温		度	分
(フリガナ) 受ける人の氏名		TEL ()		-	
保護者の氏名 (受ける人が高校生以下の場合ご記入ください)		男・女	生年 月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日生 (歳 ヶ月)

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入
1. 今日受け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. 今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン1回目ですか。	いいえ()回目、前回の接種は(月 日)	はい	
3. 今日、体に具合の悪いところがありますか。	ある 具体的に()	ない	
4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 ・その場合、治療(投薬など)を受けていますか。 ・その主治医には、予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい 病名() はい・いいえ はい・いいえ	いいえ	
5. 最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか。	はい 病名()	いいえ	
6. 今までに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、免疫不全症、その他の病気)にかかり医師の診察を受けていますか。	はい 病名()	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 ()年()月頃 (現在治療中・治療していない)	いいえ	
8. 今までにけいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	ある()回くらい、最後は()年()月頃	ない	
9. 薬や食品(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発しんやじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか。	ある 薬または食品の名前()	ない	
10. 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	
11. 1ヶ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。	いる 病名()	いない	
12. コロナウイルス感染症ワクチン接種を前後2週間以内で受けましたか。また、この後接種の予定(予約)はありますか。	はい 予防接種名 () はい 接種予約日時()	いいえ 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。	ある 予防接種名・症状 ()	ない	
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。	ある 具体的に()	ない	
16. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば、具体的に書いて下さい。			

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副作用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。

(接種を希望します ・ 接種を希望しません)

本人の署名(もしくは保護者の署名) _____

※自署できない場合は、代表者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載してください。 続柄 _____

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)

※本人(もしくは保護者)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

クリニック記入欄	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
	皮下接種 <input type="checkbox"/> 0.5mL (3歳以上) <input type="checkbox"/> 0.25mL (6ヶ月以上3歳未満)	実施場所： 浦安サンクリニック 医師名： 接種日時： 令和 年 月 日 時 分