

3歳未満用

## インフルエンザ予防接種予診票

任意接種用

診察前の  
体温

度 分

\* 接種希望の方へ:太ワク内にご記入ください  
\* 健康状態をよく把握している保護者をご記入ください。フリガナ  
氏名

( )

男  
・  
女

( 歳 ヶ月)

生年月日  
平成 年 月 日  
令和

住所

保護者の  
氏名

TEL

( )

## 質問事項

## 回答欄

## 医師記入欄

1.今日受ける予防接種について説明文(裏面)を読んだ理解しましたか。	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 病名( ) はい・いいえ はい・いいえ	いいえ	
5.最近1カ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 医師の診察を受けましたか。	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( )回ぐらい 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カ月以内に家族や周囲で麻しん、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	
12.1カ月以内に予防接種を受けましたか。	はい 予防接種名( )	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.(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	
15.その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや質問があれば、具体的に書いて下さい。			

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)医師の署名又は記名押印

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。

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応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)

保護者の署名

(※自署できない者は代筆者が署名し、  
代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載。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

L.ot.No.

皮下接種

0.25mL(3歳未満)

実施場所:岐阜市安食1-87-1 福富医院

医師名:福富悌

接種日時:令和 年 月 日 時 分

記載頂きました個人情報 Wakuchin 接種の予診にのみ使用致します。