

# 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 年 月 日	
住所					
保護者の 氏名		TEL	( )		

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 2週間以内に、新型コロナワクチン接種をしましたか、または今後2週間以内に新型コロナワクチン接種の予定はありますか	はい	いいえ	
2. 今日受ける予防接種について説明文(裏面)を読んで理解しましたか。	いいえ	はい	
3. 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	
4. 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	
5. 今までに特別な病気(心臓血管系・腎臓・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	
・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	いいえ	はい	
6. 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	
7. 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	
8. 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	
9. 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	
10. (女性の方に) 現在妊娠していますか。	はい→受付へお申し出ください	いいえ	
11. 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)	本人の署名(もしくは保護者の署名)  (※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 インフルエンザHAワクチン	用法・用量 皮下接種 0.5mL(3歳以上)	実施場所・医師名・接種日時 実施場所: 岐阜市安食一丁目87番地1 福富医院 医師名: 福富悌 接種日時: 令和 年 月 日 時 分
L.ot.No.		

記載頂きました個人情報(ワクチン接種の予診)に関してのみ使用致します。