

インフルエンザ予防接種予診票

医療法人社団 はちす診療所

住所			TEL ()	—
受ける人の氏名			診察前の体温	度 分
生年月日	昭和・平成・令和	年 月 日生	(満 才 ヶ月)	男・女

質問事項（必要な所に○をつけ、内容を記入して下さい。）太字にチェックがある場合は、医師と相談して下さい。

今日受ける予防接種について説明文を読みましたか	いいえ	はい	
今日受ける予防接種についての効果や副作用について理解しましたか	いいえ	はい	
今日、ふだんと違って具合の悪いところがありますか	ある 内容 ()	ない	
今、何か治療中の病気、経過観察中の病気がありますか	はい 病名 ()	いいえ	
その病気で投薬をうけていますか	はい	いいえ	
最近一か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか	はい 病名 ()	いいえ	
今までに特別な病気（先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症、悪性腫瘍、その他の病気）として、医師の診断を受けたことがありますか	ある 病名 ()	ない	
その病気を診ている医師に今日の予防接種をうけてもよいと言われましたか	いいえ	はい	
最近4週間以内に何か予防接種を受けましたか	うけた ワクチン名 ()	うけていない	
最近6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか	うけた いつ ()	うけていない	
今までに予防接種、薬、卵などの食品で発疹、じんましんが出たり、体の具合が悪くなったり、アナフィラキシーを起こしたことはありますか	ある 症状 () 原因 ()	ない	
ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか	ある (才頃)	ない	
その時、熱はでましたか	でなかった	でた	
予防接種を受けた後に具合が悪くなったことはありますか	ある ワクチン名 ()	いない	
家族の中に、先天性免疫不全と診断された方はいますか	いる	いない	
接種を受けられる方がお子さんの場合	あった		
分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか	内容 ()	なかった	
接種を受けられる方が女性の場合			
今妊娠している、あるいは妊娠している可能性がありますか	はい (妊娠 月)	いいえ	
今日の予防接種について何か質問はありますか	ある 内容 ()	ない	

医師の診察・説明を受け、効果や予防接種の副反応などについて理解したうえで、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（成人の方は本人）の署名 _____

医師の記入欄

以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は (可能 ・ 見合わせる)

医師の署名 _____

使用ワクチン名		接種量	実施場所 ・ 医師名 ・ 接種年月日
インフルエンザHA ワクチン	Lot. No.	皮下接種 □0.5m l (3歳以上) □0.25m l (6か月以上3歳未満)	年 月 日