

インフルエンザ予防接種予診票

※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がご記入下さい

住 所		接種前の体温		度	分
フリガナ		男	生 年	昭和・平成・令和	
受ける人の氏名		女	月 日	年	月 日
保 護 者 の 氏 名			月 日	(満 歳 カ月)	

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について説明書を読んで理解しましたか	いいえ	は い	
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	は い	
今日、体調に具合の悪いところがありますか	ある(具体的に)	な い	
現在、何かの病気で医師にかかっていますか	はい(病名) 薬を飲んでいますか (いる・いない)	いいえ	
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか	はい(病名)	いいえ	
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	いる(病名)	いない	
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	
今までにけいれん(ひきつけ)をお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	
薬や食品(鶏肉・鶏卵など)で皮膚に発疹や蕁麻疹がでたり、 体の具合が悪くなったことがありますか	ある (薬品または食品名)	な い	
これまで気管支喘息と診断され、現在、治療中ですか	はい 年 月頃 (現在治療中・治療してない)	いいえ	
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	
1ヶ月以内に家族や周囲で麻疹・風疹・水痘・おたふくかぜなど にかかった方がいますか。	ある(病名)	な い	
1ヶ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	
(ご婦人の方に)現在妊娠していますか	はい	いいえ	
(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	

その他健康上のことで医師に伝えておきたい事があればお書き下さい

医師記入欄
以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種(可能 ・ 見合わせる) 医師署名又は記名押印 永野 篤

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(もしくは本人の署名)
--	-------------------

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 □ 化血研 □ デンカ	LOT. NO (皮下接種) ml	実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日 北山田クリニック 永野 篤