

# インフルエンザワクチン予防接種 予診票

みなとクリニック任意接種用



\* 接種希望の方は、赤い太ワク内をご記入下さい

住所			接種前の体温	度	分
ふりがな			TEL ( )	—	
予防接種を受ける人の氏名	男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成		
(保護者の氏名)			年	月	日生
			(	歳	ヶ月)

質問事項	回答欄(○をして下さい)		医師記入欄
① 今日受けられる予防接種について説明文を読んで理解しましたか	はい	いいえ	
② 今日のインフルエンザ予防接種は今シーズン何回目ですか	1回目	2回目	
③ [お子さんが接種の場合] 分娩時、出生時、乳幼児検診などで異常がありましたか	ある(具体的に)	ない	
④ 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか	ある(具体的に)	ない	
⑤ 現在、何かの病気で医師にかかっていますか	はい(病名)	いいえ	
⑥ 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	
⑦ 1ヶ月以内に周囲で麻疹、風疹、水痘、おたふく風邪等にかかった方がいますか	いる(病名)	いない	
⑧ 最近1ヶ月以内に他の予防接種を受けましたか	はい(予防接種名)	いない	
⑨ 今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(具体的に)	いいえ	
⑩ 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)にかかったことがありますか。ある場合、担当医に予防接種を受けて良いと言われましたか	ある(具体的に)	ない	
⑪ 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(具体的に)	ない	
⑫ 今まで気管支喘息と診断されたことがありますか	ある	ない	
⑬ 薬や食品(鶏肉・鶏卵等)で皮膚に発疹が出たり、具合が悪くなったことがありますか	ある	ない	
⑭ 近親者の中に予防接種を受けて、具合が悪くなった方はいますか	いる	いない	
⑮ 近親者の中に先天性免疫不全症と診断された方がいますか。	いる	いない	
⑯ [ご婦人の方に] 現在、妊娠していますか。	はい	いいえ	
⑰ その他、健康のことで医師に伝えておきたいことがあれば具体的にご記入下さい(投薬状況など)			

医師記入欄: 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  
本人(もしくは保護者)に対して、予防接種の効果、副反応および医薬品副作用被害救済制度について、説明した

医師の診察、説明を受け、予防接種の効果、副反応等について理解したうえで、今日の予防接種を受けますか (受けます・見合わせます)	署名(本人もしくは保護者)
---	---------------

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種日時	
インフルエンザHAワクチン	(皮下接種)	実施場所	医療法人社団 広秀会 みなとクリニック
Lot No.	mL	医師名	卓馬 紳
		接種日時	