医療機関控え

インフルエンザHAワクチン予防接種 予診票

任意接種用

※太い線で囲まれたところを記入するか○で囲んでください。
※お子さまの場合は、健康状態をよく把握している保護者がご記入ください。

診察前の体温	度　　分

住　所	TEL　（　　）　　－			
（フリガナ） 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 年　月　日生 （満　歳　ヵ月）
（保護者の氏名）				

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日受けられる予防接種についての説明文を読んで理解しましたか	はい	いいえ	
2.【予防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	
3. 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	
4. 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	
5. 最近1ヵ月以内に何か病気にかかりましたか	はい（病名）	いいえ	
6. インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか	ある（　年　月ごろ）	ない	
["ある"の場合]その際に具合が悪くなったことはありますか	ある	ない	
インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことがありますか	ある（予防接種名）	ない	
7. 4週間以内にインフルエンザ以外の予防接種を受けましたか	ある（予防接種名）	ない	
8. 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）にかかり、医師の診断を受けたことがありますか	ある（具体的に）	ない	
["ある"の場合]その病気を診てもらっている医師に、今日の予防接種を受けて良いといわれましたか	はい	いいえ	
9. 今までにひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか	ある（ころ　回くらい 最後は　年　月ごろ）	ない	
["ある"の場合]ひきつけ（けいれん）を起こしたとき、熱は出ましたか	はい（　℃）	いいえ	
10. 今までに間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断されたことがありますか	ある（年　月ごろ 現在治療中・治療していない）	ない	
11. 薬や食品（鶏卵、鶏肉など）で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	ある（薬、食品名）	ない	
12. 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（予防接種名）	いない	
13. 近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	いる	いない	
14.【ご婦人の方に】現在、妊娠していますか	はい	いいえ	
15. その他、健康状態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ください（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（　実施できる　・　見合わせたほうがよい　）と判断します。
接種を受ける本人（またはその保護者）に対して、予防接種の効果、副反応およ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ました。

医師の署名または記名押印（　　）

本人（またはその保護者）記入欄

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ました。
以上の内容に同意し、接種を希望しますか。（　はい　・　いいえ　）

本人（またはその保護者）の署名（　　）

医師記入欄

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 メーカー名： 製品名： 製造番号：	皮下接種 □0.25mL □0.5mL －	医療機関名： 医師名： 接種年月日： 平成　年　月　日　時

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。記載いただきました個人情報は、予防接種に関する予診のみに使用します。