

インフルエンザ予防接種予診票

※接種希望の方は太枠内にご記入ください。

	診察前の体温	度 分
住 所	TEL ー ー	
氏 名	性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 (歳 ヶ月)	

質 問 事 項	回 答 欄	医 師 記 入 欄
1 今日のインフルエンザの予防接種について説明文を読んだで理解しましたか。	いいえ	はい
2 今回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
3 今日、体に具合の悪いところがありますか	ある 具体的に ()	いいえ
4 最近1ヶ月以内に病気にかかったりしましたか。	はい 病名 ()	いいえ
5 現在何かの病気で医師にかかっていますか。 ・その場合、治療(投薬など)を受けていますか。 ・その主治医には、今日の予防接種を受けても良いと言われましたか。	はい 病名 () はい ・ いいえ はい ・ いいえ	いいえ
6 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか	はい 病名 ()	いいえ
7 今までに間質性肺炎や気管支喘息などにかかったことがありますか。	はい ()年 ()月頃 病名 ()	
8 近親者に先天性免疫不全と診断された方はいますか。	はい	いいえ
9 ニワトリの肉や卵などにアレルギーはありますか。	はい	いいえ
10 ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい 最後は ()年 ()月	いいえ
11 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
12 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。	はい 予防接種名 () 症状:	いいえ
13 (女性の方に) 現在妊娠していますか。	はい	いいえ
14 (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 ()	いいえ
15 その他健康状態のことで医師に伝えたい事がありますか	はい ()	いいえ

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) **医師の署名又は押印**
本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明した。 猪又雅彦 印

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(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) 続柄 () <small>自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び日接種者との続柄を記載</small>
--	---

ワクチンロット番号	用法・用量	実施場所・医師名・接種年月日
Lot No.	皮下接種 <input type="checkbox"/> 0.5 ml (3歳以上) <input type="checkbox"/> 0.25ml (6ヶ月以上3歳未満)	実施場所： 名古屋市千種区四谷通1-13 ノア四ツ谷1-F いのまたクリニック 医師名： 院長：猪又雅彦 接種年月日：