

インフルエンザHAワクチン予防接種(1回目・2回目) 予診票

任意接種用

		来院時の体温		度	分
住所	TEL () - (続柄)				
(フリガナ) 予防接種を受ける人の氏名	男・女	生年月日	平成	年	月 日生
保護者の氏名			令和	(歳	ヵ月)

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日受ける予防接種についての説明文を読んで理解しましたか	いいえ	はい	
2. 1週間以内に、普段と違って具合の悪いところや熱はありましたか	ある (具体的に)	ない	
3. 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	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか	いいえ	はい	
4. 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	
5. 1ヵ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類() 接種月日(月 日)	はい	いいえ	
6. 今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液疾患、脳神経、喘息、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	はい(病名)	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	いいえ	はい	
7. 今までにけいれん(ひきつけ)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 ころ	ない	
【"ある"の場合】けいれん(ひきつけ)を起こしたとき、熱は出ましたか	はい (°C)	いいえ	
8. 【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	
9. 今までにインフルエンザの予防接種を受け具合が悪くなったことはありますか	ある (年 月 ころ)	ない	
10. 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	
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. 1ヵ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はいますか	いる	いない	
15. 1ヵ月以内に新型コロナウイルス感染症の陽性になりましたか	はい (待機期間 / ~ /)	いいえ	
16. 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ご記入ください			

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 [中川 真哉]

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たうえで接種することに(同意します ・ 同意しません)。

署名(同伴者名)

(続柄:)

医師記入欄

使用ワクチン名・メーカー名	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	皮下接種 □0.5mL (3歳以上) □0.25mL (6ヵ月以上3歳未満)	医療機関名: すこやかkidsクリニック 医師名: 中川 真哉 接種年月日: 年 月 日 時
Lot No.		

記載いただきました個人情報は、まちのほけんしつで適切に管理します。

★事前に持ち物や接種前後の注意事項をご確認ください。



★当日、処方(診察)を希望する方は Web から事前に症状の入力をお願いします。

