

# インフルエンザ予防接種 予診票

任意接種用

接種希望の方は太ワク内のみご記入ください

診察前の体温 度 分

住所	TEL ( ) -		
フリガナ	男・女	生年 月日	年 月 日 ( 歳)
受ける方の氏名 (未成年保護者自署)			

質問事項	回答欄		医師記入
1. 今日受けられる予防接種について説明文を読み、理解しましたか	はい	いいえ	
2. 今日普段と違って具合の悪いところがありますか	はい(症状)	いいえ	
3. ①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	
②今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症、悪性腫瘍などの診断を受けた事がありますか	はい(病名)	いいえ	
①②の病気の主治医に予防接種を受けても良いといわれましたか	はい	いいえ	
4. 最近1ヶ月以内に何かの病気にかかりましたか	はい(病名)	いいえ	
5. 1ヶ月以内に家族や周囲に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどにかかった方はいますか	はい(病名)	いいえ	
6. 最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか	はい( )ワクチン	いいえ	
7. これまでにインフルエンザの予防接種を受けた事がありますか	はい	いいえ	
その際に具合が悪くなった事がありましたか	はい(症状)	いいえ	
8. その他の予防接種で具合が悪くなった事がありますか	はい(症状)	いいえ	
9. 今までにひきつけ(けいれん)を起こした事がありますか	はい 最後( )歳頃	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事がありますか	はい(病名) 治療中・治療していない	いいえ	
11. 薬や食品(鶏卵・鶏肉)で発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなった事がありますか	はい 薬・食品( )	いいえ	
12. 親近者で予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか	はい	いいえ	
13. 親近者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	はい	いいえ	
14. (女性の方に)現在、妊娠していますか	はい	いいえ	
15. 今日の予防接種について質問はありますか	はい	いいえ	

【医師記入欄】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)  
本人または保護者に対して、予防接種の効果・副反応及び  
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た  
医師の署名又は記名押印

【本人・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上で接種することに (同意します・同意しません)

本人(未成年は保護者自署)署名

ワクチンロット番号	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時	
	皮下接種 0.5ml	実施場所: 医療法人 やまぐち呼吸器内科・皮膚科クリニック	医師名: 接種日時: 年 月 日