

インフルエンザ予防接種予診票

任意接種用

住所		診察前の体温	度	分	
フリガナ		男・女	TEL		
受ける人の氏名			生年月日	年	月
(保護者の氏名)			(歳	ヵ月)

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日のインフルエンザの予防接種について説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	はい	いいえ	
現在、心臓病・腎臓病・肝臓病・血液疾患を含む何かの病気にかかっていますか。 病名()	はい	いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか。	はい	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。	はい	いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
今日体調の悪いところがありますか。 具体的に悪い症状を書いて下さい。()	はい	いいえ	
薬や食品(鶏肉、鶏卵など)にアレルギーはありますか。	はい	いいえ	
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。 はいと答えた方はご記入ください()	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類()	はい	いいえ	
最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名()	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	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。 医師署名又は記名押印
-------	--

ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名：インフルエンザ メーカー名： Lot No. (注)有効期限が切れていないか要確認	皮下接種 <input checked="" type="checkbox"/> 0.5ml(3歳以上) <input type="checkbox"/> 0.25ml(6ヶ月以上)	実施場所：医療法人社団大康会 おおばクリニック 医師名：院長 大場富哉 接種年月日：令和 年 月 日

インフルエンザの予防接種希望書 (医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください) 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か。 (接種を希望します ・ 接種を希望しません) 令和 年 月 日 署名 _____ (続柄) (※自署できない者は代筆者が署名し代筆者氏名及び接種者との続柄を記載)
--