

インフルエンザ予防接種予診票

(1回目 ・ 2回目)

任意接種用

(カルテ No.)		*太ワク内にご記入ください。		診察前の体温		度		分	
住 所		TEL ()		-					
(フリガナ) 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
(保護者の氏名)									

質問事項	回答欄		医師用
1、今日の予防接種についてうらの説明を読まれましたか？	いいえ	はい	
2、今日、特に具合の悪いところがありますか？	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） 薬を飲んで（いる・いない）	いいえ	
4、最近1か月以内に病気にかかりましたか？	はい（病名）	いいえ	
5、今までに特別な病気（循環器・腎臓・肝臓・血液疾患、免疫不全症など）にかかり、医師の診察を受けていますか？	いる（病名）	いない	
6、近親者に先天性免疫不全と診断された方がいますか？	はい	いいえ	
7、けいれん（ひきつけ）を起こしたことがありますか？	ある（ 回くらい） 最後は 年 月頃	ない	
8、薬や食品（鶏卵など）で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったりしたことがありますか？	ある（薬または食品の名前）	ない	
9、気管支喘息と診断されていますか？ 現在治療中ですか？	はい（ 年 月頃診断） （現在治療中・治療していない）	いいえ	
10、これまで、予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか？	ある（予防接種名・症状）	ない	
11、1か月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水ぼうそう、おたふくかぜなどにかかった方がいますか？	いる（病名）	いない	
12、1か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	
13、（ご婦人の方に）現在妊娠していますか？	はい（ カ月目）	いいえ	
14、（接種者がお子さんの場合）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	
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、具体的にお書き下さい。			

医師の記入欄：以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は（ 可能・見合わせる ） **医師の署名：**

本人に対して、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、説明した。

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、接種を希望しますか？ (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）
--	-------------------

使用ワクチン名		用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
インフルエンザ HA ワクチン	Lot. No. (シール)	皮下接種 0.25・0.5 ml	実施場所：小児科 坂田医院 医師名： 坂田耕一 接種：令和 年 月 日 時 分

記載頂きました個人情報、ワクチン接種の予診に関してのみ使用いたします。

小児科 坂田医院：〒603-8363 京都府京都市北区衣笠総門町13-4