

インフルエンザワクチン接種予診票

任意接種用

ふりがな 接種を受ける人の氏名	男・女	生年月日	昭和・平成		
			年	月	日生
			(満 歳 ヶ月)		度分
保護者氏名			診察前体温		
質問事項			回答欄		医師記入欄
今季インフルエンザワクチン接種は何回目ですか			1回目	2回目	
今日受ける予防接種についての説明文を読みましたか			はい	いいえ	
【接種を受けられる方がお子様の場合】 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか あった (具体的に)			あった	ない	
今日、体の具合の悪いところがありますか あれば、その症状をお書きください ()			はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか 病名 ()			はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に家族や周囲に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどの病気の方が いましたか 病名 ()			はい	いいえ	
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名 ()			はい	いいえ	
生まれてから今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、脳神経、 免疫不全症、その他病気)にかかり、医師の診察を受けていますか 病名 ()			はい	いいえ	
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もいいといわれましたか			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 ()歳頃			はい	いいえ	
その時、熱はでましたか?			はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんま疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか			はい	いいえ	
接種を受ける方の兄弟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	
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 予防接種名 ()			はい	いいえ	
家族に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	
【ご婦人の方】現在、妊娠していますか			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 (実施できる ・ 見合わせた方がよい) と判断します。
保護者に対して、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、説明をしました。

医師署名又は記名押印

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、予防接種健康被害救済制度などについて
理解した上で、接種することに (同意します ・ 同意しません) ※かっこの中のどちらかを○で囲んで下さい
この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。

このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

保護者または本人自署

使用のワクチン	用法 ・ 用量	接種場所 ・ 医師名 ・ 接種日時
インフルエンザワクチン	皮下接種	医療機関名 : ひだかこどもクリニック 東浦町大字緒川字大門1区3-2
メーカー名 ビケン	0.25ml L	医師名 : 日高 啓量
製造番号	0.5ml R	接種日時 : 平成 年 月 日 <input type="text"/> :

