インフルエンザHAワクチン予防接種予診票

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。回答欄にはどちらかに○印をつけてください。
※子どもさんの場合には、健康状態をよく把握している保護者がご記入ください。

診察前の体温	度　　分

住　　所			TEL（　　）　　－	
フ リ ガ ナ		男・女	生年月日	年　月　日生 （　歳　ヵ月）
受ける人の氏名				
（保護者の氏名）				

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説明文（裏面）を読んで理解しましたか。	いいえ	はい	No
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　具体的に（　）	いいえ	
3. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 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　病名（　） はい　いいえ　特に尋ねていない	いいえ	
4. 最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか。	はい　病名（　）	いいえ	
5. 特別な病気（先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・脳神経の病気、免疫不全症、血液疾患、その他）にかかったことがありますか。	はい　病名（　）	いいえ	
6. 薬や食品（特に鶏卵、鶏肉、その他の鶏由来のもの）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。	はい 薬名・食品名（　）	いいえ	
7. けいれんを起こしたことがありますか。	はい（　回ぐらい） （最後は　年　月ごろ）	いいえ	
8. 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ことはありますか。	はい	いいえ	
9. 今日受けるインフルエンザ予防接種は、今シーズン1回目ですか。	いいえ　前回の接種（　月　日）	はい	
10. インフルエンザ予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。	はい	いいえ	
11. 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。	はい　予防接種名（　）	いいえ	
12. 1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。	はい　接種日（　月　日） 予防接種名（　）	いいえ	
13. 近親者に先天性免疫不全症の方がいますか。	はい	いいえ	
14. 1ヵ月以内に近親者や周囲で麻しん（はしか）、風しん、水痘（みずぼうそう）、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	
15.【女性の方に】現在妊娠していますか。	はい	いいえ	
16.【接種を受けられる方が子どもさんの場合】 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。 出生体重（　）g	はい 具体的に（　）	いいえ	
17. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや質問があれば、具体的にご記入ください。			

1・2（1回）右・左
（2回）右・左

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　・　見合わせた方が良い　）と判断します。
本人又は、保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び独立行政法人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　）。

署名　　（代筆者の場合：続柄　　）

（なお被接種者が自署できない場合は代筆者が署名し、被接種者との続柄を記載してください。）

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「KMB」 Lot No.：　　カルテNo.： （販売：Meiji Seika ファルマ株式会社）	皮下接種 ☐ 0.5mL（3歳以上） ☐ 0.25mL（6ヵ月以上3歳未満）	実施場所： 医 師 名： 接種日時：　年　月　日　分

〒791-8041 松山市北吉田町1019番地1
医療法人 北吉田診療所
理事長 村田 晃敏

記載頂きました個人情報はワクチン接種の予診に関してのみ使用いたします。