

平成29年度 13歳以上 任意インフルエンザ 予防接種予診票

※ 接種希望の方は、太枠内のみご記入ください。回答欄にはどちらかに○印をつけて下さい。
 ※ お子さんの場合には、健康状態をよく把握している保護者をご記入ください。



住所	体重 kg	TEL() -
フリガナ 受ける人の氏名	男・女	生年月日 年 月 日生 (歳)
保護者氏名		

質問事項	回答欄		医師欄
1 今日受ける予防接種について説明文(表面)を読んで理解しましたか	いいえ	はい	
2 今までに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患・免疫不全症・その他の病気)にかかり、医師の診察を受けていますか	いる(病名)	いない	
(“いる”の場合)その主治医に、今日の予防接種を受けて良いと言われましたか	いいえ	はい	
3 これまで間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患と診断され、現在、治療中ですか	はい 年 月ごろ (現在治療中・治療していない)	いいえ	
4 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	
5 今までにけいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか	ある 回ぐらい 最後は 年 月ごろ	ない	
6 薬や食品(鶏肉、鶏卵など)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	ある(薬又は食品の名前)	ない	
7 これまでに予防接種を受けて特に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	
8 (女性の方に)現在妊娠していますか。している場合、今は何週目ですか。	はい 週目	いいえ	
9 (接種を受けられる方がお子さんの場合)分娩時、出生児、乳・幼児健診などで異常がありましたか。出生体重()g	ある(具体的に)	ない	
10 今日の予防接種について質問がありますか。	ある(具体的に)	ない	
11 今日の体温をお書きください	体温: °C		
12 今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン何回目ですか。	回目		
13 今日、体に具合の悪いところがありますか。	ある(具体的に)	ない	
14 現在、何かの病気で医師にかかっていますか、薬を飲んでいますか	はい(病名) はい(薬名)	いいえ	
15 最近1ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか	はい(病名)	いいえ	
16 1ヵ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、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	
17 最近1ヵ月以内にインフルエンザ以外の予防接種を受けましたか	はい(予防接種名)	いいえ	

医師記入欄

以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は (実施できる ・ 見合わせたほうが良い)と判断します。

本人又は保護者に対して、予防接種の効果、副反応および医薬品医療機器総合機構法に 医師署名又は記名押印 基づく救済について説明しました。

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	実施場所	LOT・日付	月 日
名称:インフルエンザHAワクチン「ビケンHA」 メーカー名:㈱デンカ生研(販売:武田薬品)	東京ふれあい医療生協 ふれあいファミリークリニック 東京都足立区宮城1-33-20 Tel:03-6908-4330	用法・用量	皮下接種 □0.5ml(3歳以上)
		医師名	