

# インフルエンザ予防接種予診票

\*接種希望の方へ：太ワク内にご記入下さい。  
\*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下さい。

|          |     |         |      |                |   |
|----------|-----|---------|------|----------------|---|
| 住 所      |     | TEL ( ) |      | 診察前の体温： 度 分    |   |
| (フリガナ)   | ( ) | 男・女     | 生年月日 | 明治・大正・昭和・平成・令和 |   |
| 氏 名      |     |         |      | 年 月 日          | 生 |
| (保護者の氏名) |     |         |      | (満 歳 カ月)       |   |

| 質 問 事 項                                                     | 回 答 欄                                                                                       |     | 医師記入欄 |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------|
| 今日受ける予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。                              | いいえ                                                                                         | はい  |       |
| 今日受けるインフルエンザワクチンの予防接種は今シーズン1回目ですか。                          | いいえ                                                                                         | はい  |       |
| 前回の接種日 ( 月 日 )                                              | いいえ                                                                                         | はい  |       |
| 現在、何か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 |       |
| これまでに特別な病気(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、医師の診察を受けましたか。 | はい                                                                                          | いいえ |       |
| 病 名 ( )                                                     |                                                                                             |     |       |
| 今日、体に具合の悪いところがありますか。                                        | はい                                                                                          | いいえ |       |
| 具体的に ( )                                                    |                                                                                             |     |       |
| これまで間質性肺炎や気管支喘息等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 |       |
| 薬や食品(鶏卵、鶏肉など)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ことがありますか。           | はい                                                                                          | いいえ |       |
| 薬または食品の名前 ( )                                               |                                                                                             |     |       |
| インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。                                   | はい                                                                                          | いいえ |       |
| ①その際に具合が悪くなったことはありますか。                                      | はい                                                                                          | いいえ |       |
| ②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はありますか。                         | はい                                                                                          | いいえ |       |
| 1年以内にひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。                               | はい                                                                                          | いいえ |       |
| 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 |       |
| 1カ月以内に予防接種を受けましたか。                                          | はい                                                                                          | いいえ |       |
| 予防接種の種類 ( )                                                 |                                                                                             |     |       |
| 1カ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。病 名 ( )           | はい                                                                                          | いいえ |       |
| 最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。                                | はい                                                                                          | いいえ |       |
| 病 名 ( )                                                     |                                                                                             |     |       |
| (女性の方に)現在妊娠もしくは授乳中ですか。                                      | はい                                                                                          | いいえ |       |
| (接種を受けられる方がお子さんの場合)<br>分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。           | はい                                                                                          | いいえ |       |
| 具体的に ( )                                                    |                                                                                             |     |       |
| 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、具体的に書いて下さい。                 |                                                                                             |     |       |
| 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)<br>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。<br>医師署名又は記名押印 |     |       |

|                                                                        |                                                        |
|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。<br>(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)<br>(自署できない者は代筆者が署名し、被接種者との続柄を記載。続柄 ) |
|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|

|                                |
|--------------------------------|
| 領収証を会社や学校等に提出されますか。 はい・いいえ     |
| 宛名は接種者氏名でよろしいですか。 はい・いいえ(宛名： ) |

| ワクチンロット番号                              | 接 種 量                                          | 実施場所・医師名・接種年月日                            |
|----------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| インフルエンザHAワクチン<br>Lot No.<br>(注)有効期限の確認 | 皮下注射<br>□ 0.5ml (3歳以上)<br>□ 0.25ml (6ヵ月以上3歳未満) | 実施場所： 荒川沖診療所<br>医師名： 藤岡 浩<br>接種年月日： 年 月 日 |

記載頂きました個人情報 Wakuchin 接種の予診に関してのみ使用致します。