

インフルエンザ予防接種 予診票

任意接種用

※接種希望の方は、太ワク内をご記入ください。

診察前の体温 _____ 度 _____ 分

住 所	TEL (_____) _____ - _____		
フリガナ		男	生年
予防接種を受ける人の氏名		・	月 日
(保護者の氏名)		女	年 月 日
			(_____ 歳 _____ 月)

質問事項	回答欄	医師記入欄
1. 今日受けられる予防接種について説明文を読んで理解しましたか	いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>	
2. 今日受けられるインフルエンザの予防接種は今シーズン何回目ですか	1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/>	
3. 【予防接種を受けられる方がお子さんの場合】 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) <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/>	
4. 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか	ある(具体的に) <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/>	
5. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか	はい(病名) _____ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
6. 最近1ヶ月以内に何か病気にかかりましたか	はい(病名) _____ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
7. 最近1ヶ月以内に近親者や周囲に麻疹、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) _____ <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/>	
8. 最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか	はい(予防接種名) _____ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
9. 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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
①前回受けたのは(_____ 年 _____ 月頃) ②その際に具合が悪くなったことはありますか ③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	ある(症状: _____) <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(予防接種名: _____) <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> (症状: _____) <input type="checkbox"/>	
10. 今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症、 悪性腫瘍、その他の病気)にかかり、医師の診断を受けたことがありますか (“ある”の場合) その病気を診てもらっている医師に、今日の予防接種 を受けて良いといわれましたか	ある(具体的に) <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
11. 今までにひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか	ある (_____ ごろ _____ 回くらい) (最後は _____ 年 _____ 月ごろ)	ない <input type="checkbox"/>
(“ある”の場合) ひきつけ(けいれん)を起こしたとき、熱は出ましたか	はい(_____ °C) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
12. 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 ことがありますか	ある(_____ 年 _____ 月ごろ) (現在治療中・治療していない)	ない <input type="checkbox"/>
13. 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	ある(薬、食品名) _____ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/>	
14. 近親者の中に予防接種を受けて、具合が悪くなった方はいますか	いる(予防接種名) _____ <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/>	
15. 近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	いる <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/>	
16. 【ご婦人の方に】現在、妊娠していますか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
17. 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 ご記入ください(投薬状況など)		

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)
本人(もしくは保護者)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
基づく救済について、説明した。
医師の署名又は記名押印

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。(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・メーカー名	接種量	実施場所・医師名・接種日時
使用したワクチンにチェックを入れてください。 インフルエンザHAワクチン <input type="checkbox"/> [ビケンHA] <input type="checkbox"/> フルービックHAシリンジ Lot No.	(皮下接種) <input type="checkbox"/> 0.25mL (6ヶ月以上3歳未満) <input type="checkbox"/> 0.5mL (3歳以上)	実施場所 医師名 接種日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分
一般財団法人 阪大微生物病研究会 (販売: 田辺三菱製薬株式会社)		