

# 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 ( ) - ( ) |                                     |
| (フリガナ)   | ( ) | 男             | 生年                                  |
| 受ける人の氏名  |     | 女             | 月日                                  |
| (保護者の氏名) |     |               | 明治・大正・昭和・平成・令和<br>年 月 日生<br>( 歳 ヵ月) |

| 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    |
| 2. 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( )回目<br>前回の接種は( )月( )日     | はい    |
| 3. 今日、体に具合の悪いところがありますか。  | はい 具体的に( )                     | いいえ   |
| 4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。<br>・その場合、治療(投薬など)を受けていますか。<br>・その病気の主治医には、<br>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( )<br>はい・いいえ<br>はい・いいえ   | いいえ   |
| 5. 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   |
| 6. 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<br>病名( )                    | いいえ   |
| 7. 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、現在、治療中ですか。   | はい( )年( )月頃<br>(現在治療中・治療していない) | いいえ   |
| 8. これまでにひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。   | はい( )回ぐらい<br>最後は( )年( )月頃      | いいえ   |
| 9. 薬や食品(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発しん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<br>薬または食品の名前( )             | いいえ   |
| 10. 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   |
| 11. 1ヵ月以内に家族や周囲で麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。  | はい<br>病名( )                    | いいえ   |
| 12. 1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。   | はい 予防接種の種類( )                  | いいえ   |
| 13. 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。   | はい 予防接種名・症状( )                 | いいえ   |
| 14. (女性の方に)現在妊娠していますか。   | はい                             | いいえ   |
| 15. (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。  | はい<br>具体的に( )                  | いいえ   |
| 16. 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。  |                                |       |

医師の記入欄：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) 医師の署名又は記名押印

本人(もしくは保護者)に対して、予防接種の効果、副反応及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><br>(※自署できない者は代筆者が署名し、<br>代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載。続柄 ) |
|--|--|

|                            |  |                               |
|----------------------------|--|-------------------------------|
| 使用ワクチン名                    | 用法・用量  | 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>□ デンカ株式会社 | 皮下接種<br>□ 0.5mL (3歳以上)<br>□ 0.25mL (6ヵ月以上3歳未満) | 実施場所：<br>医師名：<br>接種年月日： 年 月 日 |
| カルテNo.                     |  |                               |

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。