

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、太ワク内のみご記入ください。回答欄にはどちらかに○をつけてください。
 ※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。

診察前の体温
度 分

| 住所 | TEL 携帯 | | |
|---|-----------------------------|----------|--------|
| フリガナ | 男 | 生年月日 | 年 月 日生 |
| 受ける人の氏名 | 女 | (満 歳 ヶ月) | |
| (保護者の氏名) | | | |
| 質問事項 | 回答欄 | | 医師記入欄 |
| 1.インフルエンザ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 | 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初めてですか？ | いいえ(回目) | はい | |
| 3.今日、身体に具合の悪いところがありますか？ | ある(具体的に) | ない | |
| 4.現在、何かの病気で医師にかかっていますか？ | はい(病名) 薬をのんでいますか(いる・いない) | いいえ | |
| 5.最近1か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 | |
| 6.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 | |
| ※その主治医に、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか？ | いいえ | はい | |
| 7.先天性免疫不全と診断された方がいますか？ | はい | いいえ | |
| 8.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 回数 最期は 年 月ごろ | ない | |
| 9.薬や食品(鶏肉、鶏卵など)で、皮膚に発しんや蕁麻疹が出たり、 体の具合が悪くなったことがありますか？ | ある (薬または食品の名前) | ない | |
| 10.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 | |
| 11.1か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)、おたふくかぜなどのかかった方がいますか？ | いる (病名) | いない | |
| 12.最近1か月以内に予防接種を受けましたか | はい (予防接種名:) | いいえ | |
| 13.(女性の方に)現在妊娠していますか？ | はい | いいえ | |
| 14.(接種を受けられる方がお子さんの場合)分娩時、出生時、乳幼児検診などで 異常がありましたか？ 出生体重 g | ある (具体的に) | ない | |
| 15.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 | |

【その他】当院は何でお知りになりましたか？インターネット・ホームページ・ご紹介・チラシ・バスのアナウンス・その他()

医師記入欄

以上の問診及び結果、今日の予防接種は (実施できる・見合わせた方がよい) と判断します
 本人または保護者に対して、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ました。

医師署名又は記名押印

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

(代表者の場合:続柄)

なお被接種者自署できない場合は代筆者が署名し、被接触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 販売会社名 LOT No.: | 皮下接種 <input type="checkbox"/> 0.5ml (3歳以上) <input type="checkbox"/> 0.25ml (6か月～3歳未満) | 実施場所:東京都練馬区石神井台7-6-7 <small>医療法人社団明燐会 練馬クリニック</small> 医師名 : 接種日時 : |

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いたします。