

インフルエンザ予防接種 問診票

任意接種

* 予防接種希望の方へ:太枠内にご記入下さい。

* お子さまの場合は、健康状態をよく把握している保護者をご記入下さい。

診察前
の体温

度 分

住 所	〒			TEL ()			
フリガナ		男・女	生年 月日	平成	年	月	日生
接種者氏名				昭和			
(保護者氏名)				大正			
				明治	(歳	ヶ月)

質 問 事 項		回 答 欄		医 師 記 入 欄
1	本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	はい	
2	本日のインフルエンザ予防接種は今シーズン何回目ですか。	1回目	2回目	
3	本日、体に具合のわる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。 ・ その場合、治療(投薬など)を受けていますか。 ・ その病気の主治医は予防接種を許可されておりましたか。	はい(病名) はい ・ いいえ はい ・ いいえ	いいえ	
5	最近1ヶ月以内に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。	受けている(病名)	いない	
7	これまで気管支喘息と診断され、現在、治療中ですか。	はい 年 月頃 (治療中・治療してない)	ない	
8	今までにけいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか。	ある 回ぐらい 最後は 年 月頃	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でたり、体の具合が悪くなったことがありますか。	ある(薬・食品名)	ない	
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ヶ月以内に家族や周囲で麻疹、風疹、水痘、おたふく風邪などにかかった方がいますか。	いる(病名)	いない	
12	1ヶ月以内に何かの予防接種を受けましたか。	はい(予防接種名)	いいえ	
13	いままでに予防接種を受けられ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)	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。	ある(具体的に)	ない	
16	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、具体的にご記載下さい。			

医師の記入欄

医師の署名又は記名押印

以上の問診及び診察の結果、本日の予防接種は(可能 ・ 見合わせ)
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。

署名(本人もしくは保護者)

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、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。
(接種を希望する ・ 接種を希望しません)

使用ワクチン名		用法・用量	接種場所・接種日時・医師名				
LotNo.	インフルエンザ HAワクチン	皮下接種	実施場所	しおがま診療所			
カルテNo.		ml	医師名				
			接種日時	平成	年	月	日 時 分