

インフルエンザHAワクチン接種予診票

任意接種用

| | | | | 診療前の体温 | | 度 | 分 |
|---|--|-----|------|----------|------|-------|-----|
| 住所 | | | | TEL() - | | | |
| (フリガナ) | | 男・女 | 生年月日 | 明治 | | | |
| 受ける人の氏名 | | | | 大正 | 年 | 月 | 日生 |
| (保護者の氏名) | | | | 昭和 | | | |
| | | | | 平成 | (| 歳 | ヵ月) |
| 質問事項 | | | | 回答欄 | | 医師記入欄 | |
| 今日受けるインフルエンザの予防接種についての説明文を読み、効果や副反応などについて理解しましたか | | | | はい | いいえ | | |
| 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 | | |
| 特別な病気(先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・脳神経の病気、免疫不全症、血液疾患、その他)にかかったことがありますか 病名() | | | | はい | いいえ | | |
| 薬や食品(特に鶏卵、鶏肉、その他の鶏由来のもの)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 | | |
| インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか | | | | ある | ない | | |
| その際に具合が悪くなったことはありますか | | | | ある | ない | | |
| 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 | | | | ある | ない | | |
| 予防接種名() | | | | | | | |
| 4週間以内にインフルエンザ以外の予防接種を受けましたか | | | | はい | いいえ | | |
| 予防接種名() | | | | | | | |
| けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか | | | | ある | ない | | |
| 現在気管支喘息と診断されていますか | | | | はい | いいえ | | |
| 近親者に先天性免疫不全症の方がいますか | | | | はい | いいえ | | |
| 1ヶ月以内に家族や友達に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜ等の病気の方がいましたか 病名() | | | | はい | いいえ | | |
| (ご婦人の方に)現在妊娠していますか | | | | はい | いいえ | | |
| (接種される方がお子さんの場合に)あなたのお子さんの発育歴についてお尋ねします | | | | | | | |
| 出産体重()g 分娩時に異常がありましたか | | | | あった | なかった | | |
| 出生後に異常がありましたか | | | | あった | なかった | | |
| 乳児検診で異常があるといわれたことがありますか | | | | ある | ない | | |
| 今日の予防接種について質問がありますか | | | | はい | いいえ | | |
| 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) 医師のサイン _____ | | | | | | |
| 予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか (受ける・見合わせる) 本人のサイン(もしくは保護者のサイン) _____ | | | | | | | |

| 使用ワクチン名 | 用法・用量 | 接種場所・医師名・接種日時 |
|-------------------|-------|-----------------|
| 名称: インフルエンザHAワクチン | 皮下接種 | 医療機関名: |
| メーカー名: | mL | 医師名: |
| 製造番号: | 回目 | 接種日時: 年 月 日 時 分 |

記載いただきました個人情報 は ワクチン接種に関する予診のみに使用します。