

## インフルエンザワクチン予防接種 予診票（ 1回目 ・ 2回目 ）

※接種希望の方は、太ワク内を【ボールペン】で記入してください。

※体温はなるべく直前に自宅で測ってきてください。

住 所	〒	診察前の体温	度 分		
			電話番号	( )	—
フリガナ		男 ・ 女	生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和	
受ける人の氏名				年 月 日生	
(保護者又は成人の代理人の氏名)				( 歳 ヶ月)	

質問事項（当てはまる項目を○で囲み、必要な場合は状況などを記入してください。）	回 答 欄		医師記入欄
インフルエンザ予防接種についての説明書を読み、効果や副反応について理解しましたか。	いいえ	はい	
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 前回( 月 日)	はい	
今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい	いいえ	
具合の悪い症状を書いてください。 いつ頃から ( ) どのように ( )			
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今日の予防接種を受けても良いと言われましたか。	いいえ	はい	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか。	はい	いいえ	
病名 ( ) いつ頃から ( / ~ / )			
けいれん（ひきつけ）を起こしたことがありますか。	はい	いいえ	
いつ頃 ( ) どんな時に ( )			
薬や食品（特に鶏卵、鶏肉、その他の鶏由来のもの）で皮膚に発疹や蕁麻疹がでたり、口の周りが赤くなったり、体の具合が悪くなったりしたことがありますか。	はい	いいえ	
薬や食品名 ( ) いつ頃 ( ) その時の状態 ( )			
免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患など慢性の病気にかかったことがありますか。	はい	いいえ	
インフルエンザ予防接種の際に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。	はい	いいえ	
【女性の方に】現在妊娠していますか。	はい	いいえ	

医師記入欄	医師署名
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 ) 本人（もしくは保護者）に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害制度について説明した。	

医師の診察・説明を受け、インフルエンザ予防接種の効果及び副反応について十分理解した上で、今日の予防接種を受けますか。 ( 受けます ・ 見合わせます )	署名（本人もしくは保護者・成人の代理人）
--	----------------------

使用ワクチン	接種量	実施場所：今泉記念館 ゆきあかり診療所
インフルエンザHAワクチン（4価ワクチン） [国内産ワクチン]	(皮下接種)	医師名：佐々木 航 浅井 泰博 竹内 章晃 森本 梨加
Lot No.	0.25ml 0.5ml	接種年月日：令和 年 月 日