

# インフルエンザ予防接種予診票

(任意接種用)

この予診票は接種を行う際の大切な情報です。  
 下記に該当する項目に記入するか○で囲んでください。  
ペンまたはボールペン で書いてください。(鉛筆書きは不可)

※体温は医療機関で検温します。

整理番号 No.		診察前の体温	度 分
予防接種を受ける者の氏名	男 女	生年月日	M・T・S・H・R 年 月 日生 ( 歳 か月)
保護者氏名		住所	tel - -
予診票を記入した日	令和 年 月 日	この予診票に記入した人は	父・母・祖父・祖母・その他( )

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について、備え付けの説明書を読んで理解しましたか。	はい	いいえ	
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。	はい	いいえ	
今日、具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください( )	ない	ある	
現在、何かの病気で医療機関にかかり治療を受けていますか。 病名:	いいえ	はい	
最近1か月以内に病気にかかりましたか。 病名:	いいえ	はい	
1か月以内に近親者や周囲に麻しん・風しん・水痘・おたふくかぜなどにかかった方がいますか。 病名:	いいえ	はい	
1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名:	いいえ	はい	
生まれてから今までに特別な病気(先天性異常・心臓・腎臓・肝臓・脳神経・血液疾患・免疫不全症・その他)にかかり、医師の診察を受けていますか。病名:	いいえ	はい	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	はい	いいえ	
引きつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。( 歳頃)	いいえ	はい	
その時に熱が出ましたか。	いいえ	はい	
今までに間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断されたことはありますか。	いいえ	はい	
薬や食品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。 原因およびその薬品名・食品名:	いいえ	はい	
近親者の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか。	いいえ	はい	
【女性の方に】現在妊娠していますか	いいえ	はい	
【接種を受け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。 具体的に:	いいえ	はい	
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。 予防接種名:	いいえ	はい	
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ご記入ください			

◆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、	医師の署名
	可能 ・ 見合わせる	

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	本人の署名もしくは保護者(続柄)の署名
同意する ・ 同意しない	(続柄: )

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種日時	
ワクチン名 インフルエンザ	(皮下接種)	実施場所 医師名	
Lot No.	ml	接種年月日	令和 年 月 日 時 分

記載いただきました個人情報(ワクチン接種の予診)に関してのみ使用いたします。