

インフルエンザワクチン予防接種予診票

診察前の体温

住所				TEL		
フリガナ 接種者氏名	男・女	生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日生
保護者氏名				(歳)		

質問事項	回答欄		医師記入
1. 今日受ける予防接種について説明文を読んで理解しましたか 説明文は右のQRコードからご参照ください	いいえ 	はい	
2. 今日受ける予防接種は今シーズン何回目ですか	回目	前回接種 月 日	
3. 今日、ふだんと違って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 その病気で薬を飲んでいますか その病気の主治医に予防接種を受けてよいと言われましたか	はい(病名) はい(薬剤名) はい	いいえ いいえ いいえ	
5. 1ヵ月以内に何か病気にかかりましたか	はい(病名)	いいえ	
6. 予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか	はい(具体的に)	いいえ	
7. ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか	ある(いつ 何回)	ない	
8. 薬や食品(鶏肉、鶏卵など)で蕁麻疹が出たり、具合が悪くなったことはありますか	ある(薬、薬品名)	ない	
9. 家族の中に先天性免疫不全症と診断されている人はいますか	はい	いいえ	
10. 女性の方へ 今妊娠しているあるいは妊娠している可能性がありますか	はい	いいえ	
11. 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	はい(具体的に)	いいえ	
12. 予防接種の効果や副反応などのついて理解したうえで接種を希望しますか	いいえ	はい	
13. その他健康上のとこで医師に伝えておきたいことがあれば具体的に記入してください			

医師記入欄	医師の署名
以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は (可能・見合わせる) 本人及び保護者に対して、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。	沖津 幹

皮下接種	0.5 ml	おきつ内科クリニック 沖津 幹
------	--------	-----------------