

インフルエンザ予防接種 予診票

※ 必ず接種日の住民票の住所を記入してください。

住所※：	電話番号
------	------

生年月日	年	月	日
フリガナ			満()歳
受ける人の氏名			男・女

37.5度以上の場合は接種できません。

診察前の体温		度	分	
質問事項		回答欄		医師記入欄
1	今日のインフルエンザの予防接種について説明書を読みましたか	いいえ	はい	
2	今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか	いいえ	はい	
3	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よいといわれましたか	いいえ	はい	
4	心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか 病名()	はい	いいえ	
	その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	いいえ	はい	
5	免疫不全と診断されたことがありますか	はい	いいえ	
6	ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか	はい	いいえ	
7	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	はい	いいえ	
8	今日、体に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 ()	はい	いいえ	
9	4週間以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類()	はい	いいえ	
10	インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか 直近(年 月 日)	はい	いいえ	
	①インフルエンザの予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか	はい	いいえ	
	②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	はい	いいえ	
11	最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか 病名()	はい	いいえ	
12	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) 本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明をした。		[医師署名]	

インフルエンザ予防接種希望書 (医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。)	
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、 接種を希望します。 この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。 このことを理解の上、本予診票が市に提出されることに同意します。	[被接種者署名]
※被接種者が自署できない場合は、代筆者が上記(被接種者署名)欄に被接種者氏名を代筆し、代筆者本人の署名及び被接種者との続柄を記入すること。	代筆者署名 被接種者との続柄

使用ワクチン	接種量	実施場所・医師名・接種年月日	
Lot No.	0.5 mL	実施場所	医療法人社団 登戸クリニック
有効期限		医師名	
(注)有効期限が切れていないか要確認		接種年月日	年 月 日