

## インフルエンザ予防接種 予診票

任意接種用

住 所	診察前の体温			TEL	TEL ( ) - ( )		
	℃						
氏 名	男 女	生年 月 日	大正・昭和・平成・令和				
保護者の氏名			年 月 日				
質 問 事 項			回 答 欄		医師記入欄		
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			いいえ	はい			
2. 今日受けるインフルエンザの予防接種は今シーズン何回目ですか			1回目	2回目			
3. 今日、普段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(当クリニック含む)			はい(病名)	いいえ			
5. 最近1ヶ月以内に何か病気にかかりましたか			はい(病名)	いいえ			
6. 最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか			はい(予防接種名)	いいえ			
7. 今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			ある(具体的に)	ない			
8. 今までに特別な病気(先天性異常、心臓血管系、腎臓、肝臓、血液疾患、免疫不全症、その他の病気)にかかり、医師の診断を受けたことがありますか			ある(具体的に)	ない			
9. 今までにひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか			ある	ない			
10. 今までに間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患と診断されたことがありますか			ある	ない			
11. 薬や食品(鶏卵、鶏肉など)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事がありますか			ある(薬・食品名)	ない			
12. 近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか			いる	いない			
13. 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか			いる	いない			
14. 最近1ヶ月以内に近親者や周囲に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜ等にかかった方がいますか			いる	いない			
15. 【女性のみ】現在、妊娠していますか			はい	いいえ			
16. 【お子さんの場合】分娩時、出産時、乳幼児健診などで異常がありましたか			ある	ない			
17. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいこと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(もしくは保護者)に対して、予防接種の効果、副反応および 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 医師の署名又は記入押印 _____							
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、 接種を希望しますか。( 接種を希望します・接種を希望しません )				本人の署名(もしくは保護者)			
使用ワクチン・メーカー名	接種量	実施場所・医師名・接種日時					
インフルエンザHAワクチン	(皮下接種)	実施場所 〒360-0031 埼玉県熊谷市末広2-21 西田クリニック					
No.	<input type="checkbox"/> 0.25ml	医師名 西田 伸					
	<input type="checkbox"/> 0.5ml	接種日 1回目		(2回目希望時)			