

インフルエンザ予防接種予診票

任意接種用

*ボールペンにてご記入ください。(鉛筆書き・消せるボールペン不可)

診察前の体温

会社名		度 分	
(フリガナ) 受ける人の氏名		男 ・ 女	昭和・平成 年 月 日生 (歳)

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ご案内時の注意事項を読んで効果や副反応などを理解しましたか。	はい	いいえ	
2. 今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい 具体的に()	いいえ	
3. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 ・治療(投薬など)を受けていますか。 ・その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい 病名() はい・いいえ はい・いいえ・聞いていない	いいえ	
4. 最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか。	はい 病名()	いいえ	
5. これまでに特別な病気(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、医師の診察を受けましたか。	はい 病名()	いいえ	
6. これまでにひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい()回ぐらい 最後は()年()月頃	いいえ	
7. 薬や食品で皮膚に発しん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 薬または食品の名前 ()	いいえ	
8. 免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
9. 1ヶ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかった方がいますか。	はい 病名()	いいえ	
10. 1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。	はい 予防接種の種類()	いいえ	
11. インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。 ・その際に具合が悪くなったことはありますか。 ・インフルエンザ以外の予防接種で具合が悪くなったことはありますか。	はい はい・いいえ はい・いいえ	いいえ	
12. (女性の方に)現在妊娠していますか。	はい 何週目()	いいえ	
13. 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書いて下さい。			

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(可能 ・ 見合わせる)

医師の署名又は記名押印

本人に対して、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。

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性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
--	-------

Lot.No.	接種部位	用法・用量	医師名・接種年月日
	左・右	皮下接種 0.5mL	成田 敦志 接種年月日：

記載頂きました個人情報はワクチン接種の予診にのみ使用致します。