

インフルエンザ予防接種 予診票

任意接種用

※接種希望の方は、太ワク内をご記入ください。

当日院内体温 度 分

住 所	〒	TEL
フリガナ		性別 男 ・ 女
予防接種を受ける人の氏名		生年月日（和暦） S・H・R 年 月 日 歳 ヶ月
支払い方法	現金 ・ PayPay	
領収書	インボイス非対応 ・ インボイス対応 → 宛先 （ ）	

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. 今日受けられるインフルエンザの予防接種は今シーズン 1 回目ですか	いいえ（ 回目） 前回の接種は（ 月 日）	はい
3. 【予防接種を受けられる方がお子さんの場合】→保護者氏名（ ） 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか	ある （ ）	ない
4. 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか	ある（ ）	ない
5. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか	はい（ ） 高血圧・高脂血症・糖尿病	いいえ
6. 最近 1 ヶ月以内に何か病気にかかりましたか	はい（ ）	いいえ
7. 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 などにかかった方がいますか	いる(病名)	いない
8. 最近 1 ヶ月以内に予防接種を受けましたか	はい 月 日 予防接種名：	いいえ
9. 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	ある（ ）	ない
10. 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がありますか	ある（ ）	ない
11. 今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症、 悪性腫瘍、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
“ある”→その病気を診てもらっている医師に予防接種を受けて良いと言われましたか	はい	いいえ
12. 今までひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか	ある	ない
“ある”→ひきつけ(けいれん)を起こしたとき、熱は出ましたか	はい（ ℃）	ない
13. 今まで間質性肺炎/気管支喘息など呼吸器系疾患と診断されたことがありますか	ある（ ）	ない
14. 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ことがありますか	ある（薬、食品名）	ない
15. 近親者の中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
16. 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
17. 【女性の方に】現在、妊娠していますか	はい	いいえ
18. 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記入ください（投薬状況など）		

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、予報接種の効果、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。 医師の署名または記名押印

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や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(もしくは保護者の署名)
--	-------------------

使用ワクチン名・メーカー名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
インフルエンザ HA ワクチン	(皮下接種) □0.25mL (6 ヶ月以上 3 歳未満) □0.5mL (3 歳以上)	実施場所〒279-0004 千葉県浦安市猫実 3-18-12 上 田 ク リ ニ ッ ク 医 師 名：上田 建 電 話：047-354-1711 接 種 日：令和
Lot No.		