

新型インフルエンザ予防接種予診票

任意接種

※太枠内を全てご記入ください

クリニックで測定

度 分

住所				
ふりがな		男・女	生年 月日	明治 大正 昭和 平成
受ける人の氏名				年 月 日
保護者の氏名				(満 歳 カ月)

質問事項	回答欄		医師記入欄
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	はい	いいえ	
今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン1回目ですか	はい	いいえ	
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状をご記入ください()	はい	いいえ	
現在、何かの病気で医師にかかっていますか 病名()	はい	いいえ	
最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか 病名()	はい	いいえ	
今までに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・血管疾患・免疫不全症・その他の病気)にかかり 医師の診察を受けていますか	はい	いいえ	
これまで間質性肺炎、気管支喘息の呼吸器換気系疾患と診断され、現在治療中ですか 治療(投薬など)を受けていますか (年 月頃 治療中 ・ 治療していない)	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に、家族や遊び仲間に、インフルエンザ、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜ などの病気の方がいましたか (病名)	はい	いいえ	
最近1ヶ月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	
これまでにインフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類()	はい	いいえ	
ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか	はい	いいえ	
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	
近親者に先天性免疫不全と診断された方がいますか	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ()歳頃 そのとき熱が出ましたか	はい はい	いいえ いいえ	
(女性の方に)現在妊娠していますか	はい	いいえ	
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)
 保護者に対して、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
 医師署名又は記名押印 加藤大貴 印

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)

20 年 月 日 本人自署

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量	実施場所. 医師名. 接種年月日
メーカー名 Lot No.	0. 5ml	実施場所 蔵前かとう内科クリニック 医師名 加藤大貴 印 接種年月日 20 年 月 日 時 分