

インフルエンザ予防接種予診票

任意接種用

		診察前の体温		度 分	
住所	〒	TEL ()		-	
フリガナ		男・女	生年月日	年 月 日生	満(歳 ヶ月)
受ける人の氏名					
(保護者の氏名)					

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み、効果や副反応などについて理解しましたか (接種される方がお子さんの場合に)あなたのお子さんの発育歴についておたずねします	はい	いいえ	
出生体重()g 分娩時に異常がありましたか	はい	いいえ	
出生後に異常がありましたか	はい	いいえ	
乳児健診で異常があるとされたことがありますか	はい	いいえ	
今日どこか具合の悪いところがありますか 病名、具合の悪い箇所()	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか	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言われましたか	はい	いいえ	
1ヶ月以内に家族や友達に麻疹、風疹、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	
4週間以内に予防接種を受けましたか 予防接種名()	はい	いいえ	
特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、脳神経の病気、免疫不全症、血液疾患、その他)にかかったことがありますか 病名()	はい	いいえ	
その病気をみてもらっている医師に今日の予防接種を受けてもよいといわれましたか	はい	いいえ	
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか ()歳頃	はい	いいえ	
その時熱は出ましたか	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 薬名・食品名()	はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全の方はいますか	はい	いいえ	
これまで予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか 予防接種名()	はい	いいえ	
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	はい	いいえ	
6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの投与を受けましたか	はい	いいえ	
(女性の方に) 現在妊娠している可能性はありますか	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	

医師記入欄

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(実施できる ・ 見合わせた方がよい)と判断します
本人(もしくは保護者)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ました

医師署名又は記名捺印 _____

本人記入(もしくは保護者)

医師の判断・説明を受け、予防接種の効果や目的、副反応の可能性などについて理解した上で接種することに
(同意します ・ 同意しません)どちらかを○で囲んで下さい

保護者(本人)自署 _____

使用ワクチン名	用法・用量	接種場所・医師名・接種日
Lot.No.	皮下接種 ml	医療機関名 : こどもの国こどもクリニック 医師名 : 原 真人 接種日 : 年 月 日

記載いただきました個人情報はワクチン接種に関する予診にのみ使用します