

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、太ワク内にご記入ください。

		診察前の体温	度	分
住 所	TEL () -			
受ける人の氏名	カガナ	男 ・ 女	生年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日
保護者の氏名				(満 歳)

質 問 事 項	回 答 欄	
今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン何回目ですか	初めて	回目
今日受けるインフルエンザ予防接種について説明文を読み理解しましたか	はい	いいえ
【接種を受けられる方がお子様の場合】 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか	はい（具体的に）	いいえ
今日、ふだんと違って具合の悪いところがありますか	はい（具体的に）	いいえ
現在、何かの病気で医師にかかっていますか	はい（病名）	いいえ
現在、お薬をのんでいますか	はい（薬名）	いいえ
最近一ヶ月の間に病気にかかりましたか	はい（病名）	いいえ
最近一ヶ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜ などにかかった方がいますか	はい（病名）	いいえ
最近一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
これ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	はい（具体的に）	いいえ
今までに特別な病気（先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、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（病名）	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	はい（いつ頃、回数）	いいえ
これまで間質性肺炎や気管支喘息等の呼吸器系疾患と診断され、 現在、治療中ですか	はい 年 月頃 (現在治療中・治療していない)	いいえ
薬や食品（鶏肉、鶏卵など）で皮膚に発疹や蕁麻疹がでたり、体の具合が 悪くなったことがありますか	はい（薬、食品名）	いいえ
（ご婦人の方に）現在妊娠しておられますか	はい	いいえ
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 ） 医師のサイン

予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか （ はい ・ 見合わせます ）

保護者（成人の方は本人もしくは代理人）のサイン

使用ワクチン名	接 種 量	実施場所・医師名・接種日時
Lot No.	(皮下接種) <input type="checkbox"/> 0.25 mL <input type="checkbox"/> 0.5mL	医療法人聖クリニック 西 尾 聖

予防接種済証	
インフルエンザ Lot. No.	
被接種者名	接種済印