

インフルエンザワクチン予防接種予診票

* 接種希望の方は、太ワク内のみご記入ください。回答欄にはどちらかに○印をつけてください。
* 子どもの場合には、健康状態をよく把握している保護者をご記入ください。

住所	TEL()	度	分
フリガナ			
受ける人の氏名	男・女	生年月日	年 月 日 (歳 ヶ月)
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(別紙)を読んで理解しましたか?	いいえ	はい	
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? 前回の接種(月 日)	いいえ	はい	
新型コロナウイルス感染症を発症後14日以内ですか?	はい	いいえ	はい→接種不可
濃厚接触者(学級閉鎖を含む)の方でコロナ陽性者との最終接触から6日以内ですか?	はい	いいえ	はい→接種不可
今日、普段と違って具合の悪いところがありますか? 具体的に()	はい	いいえ	はい→時間変更
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	
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	いいえ	
最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか?	はい	いいえ	
インフルエンザ予防接種の際に具合が悪くなったことがありますか? または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がありますか? 予防接種名()	はい	いいえ	
特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、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	
けいれんをおこしたことがありますか? (最後は 年 日ごろ)	はい	いいえ	
薬や食品(特に鶏卵、鶏肉、その他の鶏由来のもの)で発疹や蕁麻疹が出たり、 体の具合が悪くなったことがありますか? 薬品名・食品名()	はい	いいえ	
今までに間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断されたことはありますか? 近親者に先天性免疫不全症の方がいますか?	はい	いいえ	
1ヶ月以内に近親者や周囲で麻疹(はしか)、風しん、水ぼうそう、おたふくかぜ などにかかった方はいますか?	はい	いいえ	
【女性の方に】現在妊娠していますか? (現在 週)	はい	いいえ	
今回のワクチン接種について産科主治医の許可をうけましたか?	いいえ	はい	
【接種を受けられる方が子どもの場合】分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか? 具体的に() 出生体重()g	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や質問があれば、具体的にご記入ください。			

医師記入欄
<p>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・見合わせたほうが良い)と判断します。</p> <p>本人又は、保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び独立行政法人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。</p> <p>医師の署名又は記入捺印</p>

本人(保護者)記入欄
<p>医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応について理解した上で接種することに</p> <p>(同意します ・ 同意しません)</p> <p>署名 (代筆者の場合:続柄) 被接種者が自署できない場合は代表者が署名し、被接種者との続柄を記載してください。</p>

使用ワクチン名	皮下接種 ・用量	実施場所 医師名 接種日時
	0.5ml (3歳以上)	実施場所: 医療法人(社団)みのしまクリニック
	0.25ml (6ヶ月以上3歳未満)	医師名: 蓑島 宗夫
		接種日時: 年 月 日

記載いただきました個人情報 Wakuchin 接種の予診の関してのみ使用いたします。