

インフルエンザ予防接種予診票

※太枠内をご記入ください

※お子さんの場合には、保護者様をご記入ください

診察前の体温 度 分

住 所		男・女	TEL() -	
(フリガナ)	()		生年	明治・大正・昭和・平成・令和
受ける方の氏名				年 月 日生
(保護者氏名)		月 日	(歳	ヵ月)

質 問 事 項	回 答 欄	
1. 本日受ける予防接種について説明文(※①)を読んで理解しましたか。	いいえ	はい
2. 本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。	いいえ()回目 前回の接種は(月 日)	はい
3. 本日、体の具合の悪いところがありますか。	はい 具体的に()	いいえ
4. 現在、なにかの病気で医療機関にかかっていますか。 「はい」の場合、治療(投薬など)を受けていますか。 「はい」の場合、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 病名() はい・いいえ はい・いいえ	いいえ
5. 最近1か月以内に病気にかかりましたか。	はい・ 病名()	いいえ
6. これまでに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・ 血液疾患・免疫不全、その他病気)にかかり、 医師の診察を受けましたか。	はい 病名()	いいえ
7. 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
8. これまでにひきつけ(けいれん)を起こしたことが ありますか。	はい()回くらい 最後()年()月頃	いいえ
9. 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。	はい 薬または食品の名前 ()	いいえ
10. 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
11. 1か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はいますか。	はい 病名()	いいえ
12. 1か月以内に予防接種を受けましたか。	はい 予防接種の種類()	いいえ
13. 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 予防接種名・症状 ()	いいえ
14. (女性の方のみ)現在妊娠していますか。	はい	いいえ
15. (接種を受けられる方がお子さんの場合) 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
16. 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、具体的に書いてください。		

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)
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、説明した。

医師署名

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果の目的、
重篤の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)

(※自署できない場合は、代筆者が署名し、
代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載。

続柄)

使用ワクチン名	用法・用量	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	実 施 場 所: 武井クリニック
□デンカ株式会社	□0. 5ml (3歳以上)	医 師 名: 武井 伸夫
□KMバイオロジクス	□0. 25ml(6ヵ月以上3歳未満)	接種年月日 : 年 月 日

※記載頂きました個人情報 Wakuchin 接種の予診に関してのみ使用いたします。