

# インフルエンザ予防接種 予診票

\*接種希望の方は、太枠内をご記入下さい。

|                   |                       |      |
|-------------------|-----------------------|------|
|                   | 診察前の体温                | 度 分  |
| 住 所               | TEL (       )       - |      |
| フリガナ              | 明治・大正・昭和・平成           |      |
| 予防接種を受ける人の<br>氏 名 | 年       月       日生    | 男・女  |
| 保護者の氏名            | (       歳       ヶ月)   | 生年月日 |

| 質問事項   | 回答欄  | 医師記入欄 |
|--|--|-------|
| 1. 今日受けられる予防接種について説明文を読んで理解しましたか   | はい   | いいえ   |
| 2. 今日受けられる予防接種は今シーズン何回目ですか   | 1回目  | 2回目   |
| 3. 【予防接種を受けられる方がお子さんの場合】<br>分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか                                | ある(具体的に)   | ない    |
| 4. 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか   | ある(具体的に)   | ない    |
| 5. 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   |
| 6. 最近1ヶ月以内に何か病気にかかりましたか  | はい(病名)   | いいえ   |
| 7. 最近1ヶ月以内に近親者や周囲に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどに<br>かかった方がいますか                                  | はい(病名)   | いいえ   |
| 8. 最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか   | ある(予防接種名)  | ない    |
| 9. 今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   | ある(具体的に)   | ない    |
| 10. 今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、<br>免疫不全症、悪性腫瘍、その他の病気)にかかり、医師の診断を受けたこと<br>がありますか | ある(具体的に)   | ない    |
| 《“ある”の場合》その病気で診てもらっている医師に、今日の予防接種を<br>受けて良いといわれましたか                                  | はい   | いいえ   |
| 11. 今までにひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか  | ある<br>(       ころ       回目 )<br>(最近は       年       月) | ない    |
| 《“ある”の場合》ひきつけ(けいれん)を起こした時、熱はでましたか  | はい(       ℃)   | いいえ   |
| 12. 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<br>がありますか                                       | ある<br>(       年       月頃 )<br>(現在治療中・治療なし)           | ない    |
| 13. 薬や薬品(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発疹やじんましんが出たり、<br>体の具合が悪くなったことがありますか                             | ある(薬・食品名)  | ない    |
| 14. 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  | いる(予防接種名)  | いない   |
| 15. 近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか  | いる   | いない   |
| 16. 【ご婦人の方に】現在、妊娠していますか  | はい   | いいえ   |
| 17. 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下さい。(投薬状況なども)                                 |  |       |

医師の記入欄: 以上の問診および診察の結果、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、副反応およ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

医師の書名又は記名押印

|   |                   |
|---|-------------------|
| 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で<br>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) |
|---|-------------------|

| 使用ワクチン名・メーカー名 | 接種量                                       | 実施場所・医師名・接種日時   |
|---------------|---|---|
|               | (皮下接種)                                    | 実施場所 <b>わしお耳鼻咽喉科</b>                                  |
|               | <input type="checkbox"/> 0.25mL(1歳以上3歳未満) | 医師名       院長 <b>鷲尾 有司</b>                             |
|               | <input type="checkbox"/> 0.5mL(3歳以上)      | 接種日時       平成       年       月       日       時       分 |