

インフルエンザ予防接種予診票

* 接種希望者の方へ: **太枠の内の記載**をお願い致します。
* お子さんの場合には、健康状態をよく把握している保護者をご記入ください。

			本日の体温		度 分	
住所				TEL		
(フリガナ)				S・H・R	年 月 日生	
氏名				男 女	生年月日	
(保護者氏名)						
				歳	ヶ月	

質問事項	解答欄		医師記入欄
1. 今日受ける予防接種についての説明書を読んで理解しましたか。	はい	いいえ	
2. 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。 ()回目 前回接種は()月()日 注:経鼻弱毒生ワクチン(フルミスト点鼻液)はシーズンに1回投与となります。	はい	いいえ	
3. 今日、体の具合の悪いところがありますか。あれば、その症状を記入してください。 具体的に()	はい	いいえ	
4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 病名() (はいの場合) 治療(投薬など)を受けていますか。 その主治医には今日の予防接種を受けても良いと言われましたか。	はい はい はい	いいえ いいえ いいえ	
5. 最近1ヶ月以内に熱が出たり病気にかかりましたか。 病名() 期間()	はい	いいえ	
6. これまでに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全、 その他の病気)にかかり、診察を受けましたか。 病名() (はいの場合)主治医には今日の予防接種を受けても良いと言われましたか。	はい はい	いいえ いいえ	
7. これまでに間質性肺炎や気管支喘息等の呼吸器疾患と診断され、治療中ですか。 ()年()月頃 現在治療中・治療していない	はい	いいえ	
8. これまでに、けいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか。 ()回くらい 最後は()年()月ごろ	はい	いいえ	
9. これまでに薬や食品(ゼラチン、鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、 体の具合が悪くなったことはありますか。 薬または食品の名前 ()	はい	いいえ	
10. 近親者に先天性免疫不全症と診断された方はいますか。	はい	いいえ	
11. 1ヶ月以内に家族や周囲で麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜ等にかかった方がいま すか。 病名() 期間()	はい	いいえ	
12. 4週間以内に予防接種をうけましたか。 予防接種の種類() 日にち()月()日	はい	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。 予防接種の種類() 具体的な症状()	はい	いいえ	
14. (女性の方へ)現在妊娠している可能性(生理がおくれているなど)はありますか。 また、授乳をしていますか。 注:フルミスト接種の方は接種後約2ヶ月間は妊娠しないように注意してください。	はい	いいえ	
15. (予防接種を受け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。 具体的に()	はい	いいえ	
16. そのほか、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや今日の予防接種に ついて質問がありますか。 ()	はい	いいえ	

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、重篤な副作用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) (被接種者が自署ができない場合、代筆者が署名し、被接種者との続柄を記載してください。)	本人の署名(もしくは保護者の署名) 代筆の場合続柄()
---	-------------------------------------

スタッフ記入欄			
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(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。 注:フルミストの場合は、接種対象者が2歳以上19歳未満であることを確認した。			医師の署名又は記名押印
使用ワクチン名	ロット番号	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
インフルエンザHAワクチン		0.5ml(3歳以上)・0.25ml(6ヶ月以上3歳未満)	医療機関名: 医療法人百玄会ファミリークリニックきじま
フルービックHAシリンジ		0.5ml(3歳以上)・0.25ml(6ヶ月以上3歳未満)	
フルミスト		点鼻(各鼻腔0.1ml噴霧) 0.2ml (2歳以上19歳未満)	医師名: 接種日時: 年 月 日 時 分
インフル		チメロサルフリー	フルミスト