

# インフルエンザ 任意予防接種の予診票

太枠をご記入ください。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。

住所	〒 — 電話 — —	診察前の体温	
フリガナ		_____度 _____分	
受ける人の氏名		男・女	生 大正 年 昭和 月 平成 年 月 日 日 令和 ( 歳 ヶ月)
保護者氏名			

質問事項	回答欄		医師欄
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、体に具合の悪いところがありますか。	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか。 病名（ ）	はい	いいえ	
生まれてから今までに特別な病気（先天異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経の病気、免疫不全症など）にかかり、医師の診察を受けていますか。 病名（ ）	はい	いいえ	
病気をみている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	いいえ	はい	
ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。 そのときの月齢・年齢（ ） そのときに熱がでましたか。	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんがでたり、具合が悪くなったことがありますか。 薬・食品名（ ）	はい	いいえ	
予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。予防接種名（ ）	はい	いいえ	
6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか。	はい	いいえ	
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。 (具体的に )	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

問診および診察の結果、今日の予防接種を（ **実施できる** ・ **見合わせたほうがよい** ）と判断します。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ました。

医師署名または記名捺印（ **大森 格** ）

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・副反応について理解した上で、接種することに

（ **同意します** ・ **同意しません** ）。 本人あるいは保護者署名 [ ]

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
インフルエンザワクチン □ビケン □第一三共 □( ) 製造番号：	皮下接種 0.5 ml 接種部位 上腕伸側（右・左）	大森胃腸科 医師名；大森 格 接種年月日： 年 月 日