

1回目・2回目

○をつけてください

## インフルエンザ予防接種予診票

任意接種用

接種希望の方へ：太ワク内にご記入ください。

診察前の体温

度

分

住所			
受ける人の氏名	男・女	生年月日	平成・令和 年 月 日
保護者の氏名			(満 歳 カ月)

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（裏面）を読んで理解しましたか。	いいえ	はい	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病にかかり、医師の治療（投薬など）を受けていますか。 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よいといわれましたか。	はい	いいえ	
今日体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状を書いてください。( )	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に、家族や遊び仲間に、インフルエンザ、麻しん、風しん、水痘、おたふくなどの病気の方がいましたか。 (病名 )	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類 ( ) それはいつですか ( 月 日 )	はい	いいえ	
これまでインフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。 その際に具合が悪くなったことはありませんか。	はい	いいえ	
これまでにインフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことはありませんか。 予防接種の種類 ( )	はい	いいえ	
ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか。	はい	いいえ	
薬や食品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。 ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか ( ) 歳頃 そのとき熱がでましたか。	はい はい はい	いいえ いいえ いいえ	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか。	はい	いいえ	
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。	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	
(女性のみ) 現在妊娠している、又は妊娠している可能性はありますか。	はい	いいえ	

## 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 )。  
保護者に対して、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに  
予防接種健康被害救済制度について説明した。

医師の署名又は記名押印

## 保護者の記入欄

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、副反応の可能性  
などについて理解した上で、ワクチンの接種を 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(もしくは保護者)の署名

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量	実施場所. 医師名. 接種年月日	
メーカー名	<input type="checkbox"/> 0.25ml <input type="checkbox"/> 0.5ml	実施場所	新潟市中央区神道寺 1-5-47 医療法人社団 よいこの小児科さとう
Lot No.		医師名	佐藤 勇
		接種年月日	令和 年 月 日