

* 接種希望の方へ：太ワク内をご記入ください。

診察前の体温

度 分

住 所				TEL () —
(フリガナ) 受ける人の氏名	男・女	生年 月 日	西 暦	年 月 日生 (歳 か月)
(保護者の氏名)				

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を読んで理解しましたか。	いいえ	は い	
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。	いいえ () 回目 前回の接種は (月 日)	は い	
今日、体に具合の悪いところがありますか。	ある 具体的に ()	な い	
現在、何か病気にかかっていますか。 ・ その場合、治療（投薬など）を受けていますか。 ・ 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	
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	
今までに特別な病気（心臓血管系、腎臓、肝臓、血液疾患、免疫不全症、その他の病気）にかかり医師の診察を受けていますか。	はい 病名 ()	いいえ	
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	
ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。	ある () 回くらい 最後は () 年 () 月頃	な い	
薬や食品（鶏卵、鶏肉など）で皮膚に発しんやじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか。 (特に卵アレルギー、アナフィラキシー)	ある 薬または食品の名前 ()	な い	
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	
1か月以内に家族や周囲で麻しん、風しん、水ぼうそう、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。	いる 病名 ()	いな い	
1か月以内に予防接種を受けましたか。	はい 予防接種名 ()	いいえ	
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	
(女性の方に) 現在妊娠していますか。	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。	ある 具体的に ()	な い	
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、具体的に書いて下さい。			

医師記入欄	<p>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) 本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。</p> <p>医師署名又は記名押印</p>
-------	--

インフルエンザ予防接種希望書

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な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)

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。

年 月 日 被接種者自署 _____ 続柄 _____

(※未成年等で自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)

ワクチンロット番号	接 種 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 □化血研 □デンカ生研 □ピケン Lot No.	皮下接種 □0.25ml (6か月以上3歳未満) □0.5ml (3歳以上)	実施場所 新潟県南魚沼市余川 3362-1 六日町こどもクリニック	医師名 白井 崇準 接種年月日 西暦 年 月 日