

インフルエンザ予防接種予診票

住所	昭和村大字	診察前の体温	度	分
		電話番号	-	
受ける人の氏名	性別	男・女	生年 月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日(満 歳)

質問事項	回答欄		医師記入欄
現在、何か病気にかかっていますか。 病名()	はい	いいえ	
治療(投薬等)を受けていますか。	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言われましたか。	はい	いいえ	
免疫不全と診断されたことはありますか。	はい	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状を記入してください。()	はい	いいえ	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患等の慢性疾患にかかったことはありますか。 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言われましたか。	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名()	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 おたふくかぜ等の病気の人はいましたか。 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()	はい	いいえ	
新型インフルエンザ又は季節性インフルエンザの予防接種を受けた際に 具合が悪くなったことはありますか。	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すか。 予防接種の種類()	はい	いいえ	
ニワトリの肉や卵等にアレルギーはありますか。	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 はありますか。	はい	いいえ	
ひきつけ(痙攣)をおこしたことはありますか。()歳頃	はい	いいえ	
※その時熱は出ましたか。	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問はありますか。 内容()	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)
 本人に対して、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をした。

医師の署名又は記名押印

【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・目的、接種するワクチンの有益性、重篤な副反応の可能性等
 について理解した上で、ワクチンの接種を(希望します ・ 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。このことを理解の上、本予診票が市町村に
 提出されることに同意します。
 ※自署できない方については、代筆者名と続柄も記入してください。
 平成 年 月 日 本人自署()代筆者名()続柄()

ワクチンメーカー名	ロット番号	接種量	医療機関名
メーカー名		ml	接種医師名
ロット番号	接種 年月日		医療機関コード