

インフルエンザ予防接種予診票

					診察前の体温	度	分
住所	石川町				TEL		
受ける人の氏名		男 女	生年 月日	正 昭和	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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
治療(投薬など)を受けていますか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
免疫不全と診断されたことがありますか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか 病名()	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
その病気をみてもらっ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	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか (病名)	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
今までにインフルエンザ予防接種を受けたことがありますか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
その際に具合が悪くなったことはありますか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ()歳頃	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
そのとき熱が出ましたか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
今日の予防接種について質問がありますか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	

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、説明をしました。
医師署名又は記名押印

被接種者の記入欄
 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などについて理解した上で、ワクチン接種を (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。
 令和 年 月 日 (本人が自署できない場合は、原則として家族が本人の氏名を代筆してください。)
 本人の自署 代筆者氏名 (続柄)

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		実施場所
Lot No.		医師名
有効期限		接種年月日 令和 年 月 日