

インフルエンザワクチン接種申込書・予診票

任意接種用

| | | | | | |
|---|-----|--------|-----------------------------|-------------|--------|
| | | 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 | 昭和・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 | |
| 1. 今日受けるインフルエンザの予防接種についての説明文を読み、効果や副反応などについて理解しましたか。 | | | いいえ | はい | |
| 2. 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) | はい | |
| 3. 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 | |
| 4. 現在、何か病気で医師にかかっていますか。 | | | はい(病名) 薬をのんでいますか(いる・いない) | いいえ | |
| 5. 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 | |
| 6. 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。 | | | いる(病名) | いない | |
| 7. 近親者に先天性免疫不全症と診断された方がいますか。 | | | はい | いいえ | |
| 8. 今まででいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか。 | | | ある 回くらい 最後は 年 月ごろ | ない | |
| 9. 薬や食品(鶏肉、鶏卵など)で皮膚に発疹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。 | | | ある(薬または食品の名前) | ない | |
| 10. これまで気管支喘息と診断され、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 | |
| 11. これまで予防接種を受けて特に具合が悪くなったことがありますか。 | | | ある(予防接種名・症状) | ない | |
| 12. 1か月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。 | | | ある(病名) | ない | |
| 13. 1か月以内に予防接種を受けましたか。 | | | ある(予防接種名: | いいえ | |
| 14. (ご婦人の方) 現在妊娠していますか。 | | | はい | いいえ | |
| 15. (お子様の場合) 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 | |
| 16. 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ください。 | | | | | |
| 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、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をした 医師署名又は記名押印 | | | | | |

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)

令和 年 月 日 保護者の署名(もしくは本人の署名)

| | | | | | |
|-----------------|--|----------------|--|--|--|
| 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"/> 0.25 ml <input type="checkbox"/> 0.5 | 実施場所 | | | |
| Lot No. | | 医師名 | | | |
| | | 接種年月日 令和 年 月 日 | | | |