

# インフルエンザ予防接種予診票

|        |   |                 |                                      |
|--------|---|-----------------|--------------------------------------|
|        |   | 診察前の体温      ℃   |                                      |
| 住所     | 〒 | 電話番号            |                                      |
|        |   | 男      ・      女 |                                      |
| フリガナ   |   | 生年月日            | 年      月      日<br>(      歳      ヲ月) |
| 接種者の氏名 |   |                 |                                      |
| 保護者の氏名 |   |                 |                                      |

| 質問事項                                                                 | 回答欄 |     | 医師記入欄 |
|----------------------------------------------------------------------|-----|-----|-------|
| 今日の予防接種について説明文を読みましたか。                                               | いいえ | はい  |       |
| 今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。                                         | いいえ | はい  |       |
| 現在、何か病気にかかっていますか。病名（ ）                                               | はい  | いいえ |       |
| 治療（投薬など）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もよいと言われましたか。                                   | いいえ | はい  |       |
| 免疫不全と診断されたことがありますか。                                                  | はい  | いいえ |       |
| 今日、体に具合の悪いところがありますか。「ある」の場合（ ）                                       | はい  | いいえ |       |
| 薬や鶏卵を含む食品でじんま疹がでたり、体の具合が悪くなったことはありますか。<br>「ある」の場合（具体的に ）             | はい  | いいえ |       |
| インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。                                            | いいえ | はい  |       |
| ①その際に具合が悪くなったことがありますか。                                               | はい  | いいえ |       |
| ②インフルエンザ以外の予防接種の際に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（けいれん）をおこしたことがありますか                                              | はい  | いいえ |       |
| 「ある」の場合 そのとき熱はでましたか                                                  | いいえ | はい  |       |
| 1か月以内に予防接種を受けましたか。種類（ ）                                              | はい  | いいえ |       |
| 生まれてから今までに特別な病気（先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経の病気、免疫不全症、その他の病気）にかかり診察を受けていますか | はい  | いいえ |       |
| その病気を診てもらっている医師に予防接種を受けて良いといわれましたか                                   | いいえ | はい  |       |
| 最近1か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 |       |
| （女性の方へ）現在妊娠している可能性はありますか                                             | 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 |       |

医師の記入欄：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** ）

予防接種の効果、副反応、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

|                                                    |                 |
|----------------------------------------------------|-----------------|
| 予防接種の効果や副反応等について理解した上で、<br>接種を希望しますか（希望します・希望しません） | 署名（未成年の場合保護者自署） |
|----------------------------------------------------|-----------------|

|                          |                   |                                                                                  |
|--------------------------|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| インフルエンザワクチン              | 接種量 (皮下 筋肉)       | 実施場所・医師名・接種日時                                                                    |
| KMB    デンカ    ビケン        | 右    ・    左       | <div>東大前こどもクリニック</div> <div>佐々木   元・佐々木   亜希子</div> <div>令和    年    月    日</div> |
| Meiji   アステラス・タダ    田辺三菱 | 上腕    ・    大腿     |                                                                                  |
| Lot No.                  | 0.25mL (6か月～3歳未満) |                                                                                  |
| 有効期限を確認                  | 0.5mL (3歳以上)      |                                                                                  |