

インフルエンザHAワクチン接種予診票

任意接種用

| 住所 | | 年齢 | 歳 | ヶ月 |
|---|--|---------|------|------|
| (フリガナ) | | 男・女 | 体温 | 度 |
| 接種者氏名 | | | | 分 |
| 保護者氏名 | | TEL () | — | |
| 質問事項 | | 回答欄 | | 医師記入 |
| 今日受けるインフルエンザの予防接種についての説明を読み、効果や副反応などについて理解しましたか？ | | いいえ | はい | |
| 一週間以内に発熱はありましたか？ | | はい | いいえ | |
| 現在、何か病気で病院にかかっていますか？ | | はい | いいえ | |
| 病名 () | | | | |
| 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？ | | はい | いいえ | |
| ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか？ | | はい | いいえ | |
| 今までに特別な病気（先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・脳神経の病気、免疫不全、血液疾患、その他の病気）にかかったことがありますか？ | | はい | いいえ | |
| 病名 () | | | | |
| 薬や食品（特に鶏卵、鶏肉、その他鶏由来のもの）で皮膚にじん麻疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか？ | | はい | いいえ | |
| 予防接種で具合が悪くなったことがありますか？ | | ある | ない | |
| 予防接種名 () | | | | |
| (接種される方がお子さんの場合に) 発育歴についてお尋ねします。 | | | | |
| ①分娩時に異常がありましたか？ | | あった | なかった | |
| ②出生後に異常がありましたか？ | | あった | なかった | |
| ③乳児健診で異常があるとされたことがありますか？ | | ある | ない | |
| 1ヶ月以内に家族や友達に麻疹、風疹、水疱瘡、おたふくかぜなどの病気の方はいましたか？ | | はい | いいえ | |
| (女性のかたに) 現在、妊娠していますか？ | | はい | いいえ | |
| 今日の予防接種について質問がありますか？ | | ある | ない | |

【保護者記入欄】 予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか？ (受ける ・ 見合わせる)

保護者または本人のサイン

【医師記入欄】 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)

医師のサイン

| | | |
|----------------------------------|---------------------------|--|
| 使用ワクチン名 | 用法・用量 | 医療機関名・医師名・接種年月日 |
| インフルエンザHAワクチン メーカー名： 製造番号： | 皮下接種 0.25 ・ 0.5 ml | 医療機関名：松岡こどもクリニック 医師名：松岡文弥 接種年月日： 年 月 日 |

※記載いただきました個人情報は、ワクチン接種に関する予診のみに使用します。