

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	昭和	年	月 日
保護者の氏名			平成	(歳	ヶ月)

今回の接種及びこれまでの接種歴 ※今回の接種に「○」をつけてください	1回目	2回目
	1回目の同ワクチンの接種日	平成 年 月 日

質問事項	回答欄		医師記入欄
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	
4週間以内にインフルエンザ以外の予防接種を受けましたか 予防接種名() 接種日(H 年 月 日)	はい	いいえ	
これまでの予防接種で具合が悪くなったことはありますか 予防接種名()	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 治療(投薬など)をうけていますか	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	
特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経の病気、免疫不全症、血液疾患、その他)にかかったことがありますか 病名()	はい	いいえ	
薬や食品(とくに鶏卵、鶏肉、その他の鶏由来のもの)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。 薬名・食品名()	はい	いいえ	
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか	はい	いいえ	
今までに間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断されたことがありますか	はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全症の方がいますか	はい	いいえ	
近親者の中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	いいえ	
1ヶ月以内に家族や友達に麻疹、風疹、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	いいえ	
(ご婦人の方に)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	はい	いいえ	

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(実施できる・見合わせた方がよい)と判断します
本人(本人が未成年の場合は保護者)に対して予防接種の効果・副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について説明しました

医師署名又は記名捺印

本人記入[未成年者(既婚者除く)の場合は保護者]

医師の診断・説明を受け予防接種の効果や目的、副反応の可能性などについて理解した上で接種することに
(同意します・同意しません)どちらかを○で囲んでください

署名

(代筆者の場合:続柄)

使用ワクチン名	用法・用量	接種場所・医師名・接種日時
名称 : インフルエンザワクチン	皮下接種	医療機関名 : 澤田こどもクリニック
メーカー名 :		医師名 : 澤田 雅子
製造番号 :		接種日時 : 年 月 日