

インフルエンザ予防接種 問診票

任意接種用

* 太枠内のみご記入下さい。解答欄には○印をつけてください。

* お子さまの場合は、健康状態をよく把握している保護者をご記入ください。

住所				TEL	—	—
フリガナ		男・女	生年月日	令和 平成 昭和	年	月
接種者氏名						
(保護者の氏名)					(歳
					ヶ)	月)

質問事項		回答欄		医師記入
1	本日の予防接種について、説明文を読んで理解しましたか。	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 前回接種 (年 月 日)	はい	
3	今日、普段と違って具合の悪いところがありますか。	はい 具体的に ()	いいえ	
4	現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	はい (病名) はい ・ いいえ 特に尋ねていない	いいえ	
5	最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか。	はい (病名)	いいえ	
6	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。	はい (病名)	いいえ	
7	今までに間質性肺炎や気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断されたことはありますか。	はい	いいえ	
8	今までにけいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	はい(回ぐらい) (最後は 年 月頃)	いいえ	
9	薬や食品(鶏肉、鶏卵など)で皮膚に発疹や蕁麻疹がでたり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい 薬品・食品名 ()	いいえ	
10	近親者に先天性免疫不全と診断された方がいますか。	はい	いいえ	
11	1ヶ月以内に家族や周囲で麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜにかかった方がいますか。	はい (病名)	いいえ	
12	4週間以内に生ワクチンの予防接種を受けましたか。 または1週間以内に不活化ワクチンの予防接種を受けましたか。	はい 予防接種名 ()	いいえ	
13	今までに予防接種の際に具合が悪くなったことがありますか。	はい 予防接種名 ()	いいえ	
14	【女性の方に】現在妊娠していますか。	はい	いいえ	
15	【接種を受けられる方がお子さんの場合】 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。	はい 具体的に ()	いいえ	
16	何か医師に伝えておきたいことがあれば、ご記入ください。			

医師の記入欄

以上の問診及び診察の結果、本日の予防接種は(可能・見合わせ)と判断します。

本人または保護者に対して、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。

医師の署名又は記名押印

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、副反応などについて理解した上で接種を希望しますか。 (接種を希望する ・ 接種を希望しません)	署名(本人もしくは保護者)
---	---------------

使用ワクチン名	用法・用量	接種場所・接種日時・医師名
LotNo.	皮下接種 □0.5ml(3歳以上) □0.25ml(6ヶ月～3歳未満)	実施場所: 医療法人 加藤内科 医師名: 医師 加藤研一 接種日時: 令和 年 月 日