インフルエンザ予防接種予診票

診察前の体温	度　　分

住所				
受ける人の氏名		男 女	生年 月日	大正・昭和 平成・令和　　年　月　日 （満　　歳　　ヵ月）
保護者の氏名				

質　問　事　項	回答欄		医師記入欄
今日受けられる予防接種について説明文を読んで理解しましたか	はい	いいえ	
今日受けられるインフルエンザの予防接種は今シーズン何回目ですか	1回目	2回目	
現在、何か病気にかかっていますか 病名（　　） 治療（投薬など）を受けていますか	はい はい	いいえ いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	はい	いいえ	
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください（　　）	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に、家族や遊び仲間に、インフルエンザ、麻しん、風しん、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	
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、免疫不全症、悪性腫瘍、その他の病気）にかかり、医師の診断を受けたことがありますか	ある	ない	
（“ある”の場合）その病気を診てもらっている医師に、今日の予防接種を受けて良いといわれましたか	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類（　　）	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	はい	いいえ	
その際に具合が悪くなったことはありますか	はい	いいえ	
これまでにインフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類（　　）	はい	いいえ	
薬や食品（鶏卵、鶏肉など）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	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　（　　）歳頃	はい	いいえ	
そのとき熱が出ましたか	はい	いいえ	
近親者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	
【女性の方に】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			

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　　）

本人に対して、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　）

平成　　年　　月　　日　　本人自署

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 Lot No.	ml	実施場所　　こん野ファミリークリニック 医師名　　金野　慶 接種年月日　　年　　月　　日