［インフルエンザ］　予防接種　予診票

※接種希望の方へ：太枠内をご記入下さい。
※お子様の場合には、健康状態を良く把握している保護者がご記入下さい。

診察前の体温	度　　分

住　　所		電話番号（　　）　　ー	
（ふりがな） 受ける人の氏名 保護者の氏名	診察券番号		
	男 女	生年 月日	年　　月　　日生 （満　　歳　　ヶ月）

質問事項	回答欄		医師欄
1. 今日受ける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（　　月　　日に１回目接種）	はい	
3. 今日、体に具合の悪いところがありますか。	ある（具体的に）	ない	
4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。	はい（病名） 薬を飲んでいますか（いる・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. 今までに特別な病気（心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、免疫不全症、その他の病気）にかかり医師に診察を受けていますか？	いる（病名）	いない	
7. 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	
8. 今までにけいれん（ひきつけ）をおこしたことがありますか。	ある　　回ぐらい 最後は　　年　　月頃	ない	
9. 薬や食品（鶏肉、鶏卵など）で皮膚に発疹やじんま疹がでたり、体の具合が悪くなったことがありますか。	ある（薬または食品の名前）	ない	
10. これまでに気管支喘息と診断され、現在、治療中ですか。	はい　　年　　月頃発症 （医療機関名　　）	いいえ	
11. これまでに予防接種を受けて特に具合が悪くなったことがありますか。	ある（予防接種名・症状　　）	ない	
12. １ヶ月以内に家族や周囲ではしか、風疹、みずぼうそう、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。	ある（病名）	ない	
13. １ヶ月以内に予防接種を受けましたか。	はい（予防接種名：　　月　　日　　）	いいえ	
14. （ご婦人の方に）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様の場合）分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。	ある（具体的に）	ない	
16. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば、具体的に書いてください。			

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）医師のサイン　椿　俊和・舘野規子

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。 （接種を希望します・接種を希望しません）	保護者の署名（もしくは本人の署名）

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名
インフルエンザHAワクチン	（皮下接種） 0.5ml	実施場所　医療法人社団武光会　つばきこどもクリニック 医師名　椿　俊和・舘野規子
Lot.No.	0.25ml 左・右	接種日　　年　　月　　日