

インフルエンザ予防接種予診票

任意接種用

※接種希望の方は**太枠内のみご記入**ください。回答欄にはどちらかに○印を付けてください。
 ※お子さまの場合には健康状態を良く把握している保護者をご記入ください。

診察前の体温 _____ 度 分

住所	TEL			
フリガナ				
受ける方の氏名	男・女	生年月日	年 月 日	(満 歳 か月)
保護者の氏名				

質問事項	回答欄		医師記入
1 今日受けるインフルエンザ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	
2 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	
3 現在、何か病気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もよいと言われましたか。	はい 病名 () はい いいえ 特に訪ねていない	いいえ	
4 最近 1 か月以内に病気にかかりましたか。	はい 病名 ()	いいえ	
5 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	
6 薬や食品（特に鶏卵、鶏肉、その他鶏由来のもの）で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、身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	
7 けいれんをおこしたことがありますか。	はい (回数) (最後は 年 月ごろ)	いいえ	
8 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はありますか。	はい	いいえ	
9 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 前回の接種 (月 日)	はい	
10 インフルエンザ予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。	はい	いいえ	
11 インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。	はい 予防接種名 ()	いいえ	
12 1 か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名・接種日 (年 月 日)	はい 接種日 (月 日) 予防接種名 ()	いいえ	
13 近親者に先天性免疫不全症の方がいますか	はい	いいえ	
14 1 か月以内に近親者や周囲で麻疹（はしか）、風しん、水痘（みずぼうそう）、おたふくかぜなどにかかった方はいますか。	はい 病名 ()	いいえ	
15 【女性の方に】現在妊娠している可能性はありますか	はい	いいえ	
16 【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。 出生体重 () g	はい 具体的に ()	いいえ	
17 その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや質問があれば、具体的にご記入ください。			

医師記入欄

以上の問診および診察の結果、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。
 本人又は保護者に対して予防接種の効果、副反応および独立行政法人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。

医師の署名または記名押印 _____ 印

本人（保護者）記入欄

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うえで接種することに
 (同意します ・ 同意しません)

署名 _____ (代筆者の場合：続柄 _____)

ワクチンロット番号	接種量	実施医療機関・医師名
	(皮下接種) □0.25ml (3歳未満) □0.5ml (3歳以上)	実施医療機関 目白こどもクリニック 医師名 接種年月日 令和 年 月 日 時 分

記載いただきました個人情報はワクチン接種の予診にのみ使用いたします。