インフルエンザHA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	生年月日	明治 大正　　年　　月　　日生 昭和 平成　（　　歳　　ヶ月）
（保護者の氏名）				

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	
現在、何か病気にかかっていますか、また今日具合の悪いところがありますか 病名、具合の悪い箇所（　　）	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	はい	いいえ	
治療（投薬など）受けていますか	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（特に鶏卵、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	
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	
①前回受けたのは（　　年　　月頃）			
②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	
③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がありますか 予防接種名（　　）	はい	いいえ	
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 防接種名（　　）	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	
親近者に先天性免疫不全症の方がいますか	はい	いいえ	
親近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	
（接種される方がお子さんの場合に）あなたのお子さんの発育暦についておたずねします			
出生体重（　　）g　分娩時に異常がありましたか	はい	いいえ	
出生後に異常がありましたか	はい	いいえ	
乳児検診で異常があるといわれたことがありますか	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（本人が未成年者の場合は保護者）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方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　森　克己

本人記入[未成年者（既婚者を除く）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。

署名　（代筆者の場合：続柄　　）

（なお、披接種者が自署出来ない場合は代筆者が署名し、披接種者との続柄を記載してください。）

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
名称：インフルエンザHAワクチン 製造番号：	皮下接種 □0.5mL（3歳以上） □0.25ml（1歳以上3歳未満） 回目	実施場所 ： もり耳鼻咽喉科 医師名 ： 森　克己 接種日時 ： 平成　　年　　月　　日 時　　分

記載頂きました個人情報はワクチン接種の予診に関してのみ使用致します。