

インフルエンザ予防接種予診票

※下記太枠内にご記入の上、ご持参願います。個人情報ハワクチン接種の予診に於いてのみ使用致します。

※高校生以上の未成年の方は、予診票に保護者のご署名が必要です。

フリガナ		診察前体温	度 分
氏名		男・女	生年月日
			昭和・平成・令和 年 月 日(満 歳)
住所	〒 ー	TEL	ー ー

質問事項	回答欄	
本身体調のわるいところがありますか、	いいえ	はい
現在何らかの病気、あるいは1ヶ月以内に病気にかかりましたか 病名:	いいえ	はい
1ヶ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜ等の病気の方がいましたか 病名:	いいえ	はい
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 接種名:	いいえ	はい
今までに予防接種を受けて、体調が悪くなったことがありますか 接種名:	いいえ	はい
今までに特別な病気(心臓、腎臓、肝臓、血液疾患、免疫不全症、気管支喘息、その他の病気)にかかり、医師の診察(治療・投薬など)を受けたことがありますか、又は治療中ですか。 病名:	いいえ	はい
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	いいえ	はい
薬や食品(特に鶏肉・卵等)で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体調が悪くなったことがありますか	いいえ	はい
近親者の方に先天性免疫不全と診断された方がいますか	いいえ	はい
(女性の方) 現在妊娠あるいは妊娠の可能性がありますか	いいえ	はい
(保護者の方) 接種されるお子様が分娩、出生時や乳幼児健診で異常がありましたか	いいえ	はい
今シーズンのインフルエンザ予防接種は1回目ですか	はい	いいえ
「インフルエンザワクチンの接種について」説明文をお読み頂けましたか	はい	いいえ

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: _____

医師の診察及び説明を受けて、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

本人(もしくは保護者)の署名: _____

インフルエンザHAワクチン ロットNo		実施場所:
皮下接種	0.5ml / 0.25ml	東京都墨田区江東橋4-25-7-1F
接種年月日	年 月 日	錦糸町皮膚科内科クリニック