

ID

## インフルエンザ予防接種 問診票

任意接種用

月 日

接種希望者の方へ:太枠内へ記入して下さい。

お子さんの場合には、健康状態を把握している保護者をご記入下さい

1回目・2回目

住所			電話番号 ( )
フリガナ		男・女	(満 歳 ヶ月)
受ける人の氏名			生年月日 昭和・平成 年 月 日
保護者の氏名		診察前の体温	度 分

予防接種を安全に行うために以下の質問にお答えください。	回答欄	医師確認
今日受ける予防接種について、説明書を読みましたか。	いいえ はい	
今日体に具合の悪いところがありますか。 * 具合な症状を書いてください( )	はい いいえ	
最近1ヶ月以内に体調を崩したり病気にかかりましたか。 病名( 月 日: )	はい いいえ	
1ヶ月以内に家族や近い人で麻疹、風疹、水ぼうそうなどの病気になった方が 病名( )、どなたが( )	はい いいえ	
1ヶ月以内に予防接種をうけましたか	はい いいえ	
予防接種の種類:日時( 月 日: ) 月 日:		
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、 その他の病気にかかり医師の診察(投薬など)を受けていますか。 病名( )	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よいといわれましたか	いいえ はい	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。( 歳 カ月ごろ)	はい いいえ	
そのとき熱が出ましたか。	はい いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんま疹が出たり、体の具合が悪くなったことがあります 卵アレルギーはありますか。	はい いいえ はい いいえ	
これまでに受けた予防接種で具合が悪いことがありましたか * どの予防接種( ) どの様な( )	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	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか。	はい いいえ	
6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか。	はい いいえ	
インフルエンザワクチンについて質問がありますか *( )	はい いいえ	

※医師記入欄

問診及び診察の結果、本日の予防接種は(実施できる・見合わせる) 医師署名又は記名押印 南 憲明

医師の問診・説明を受け、予防接種の効果・目的、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、接種することに  
以下のワクチン接種に( 同意します・同意しません )

本人もしくは保護者自署

※医師記入欄

使用ワクチン名	接種量	接種部位	実施場所・医師名
インフルエンザHA	0.5 ml		実施場所 みもりキッズ・ファミリークリニック
	0.25 ml	左・右	医師名 南 憲明
ロットNo.	(6ヶ月以上3歳未満)		接種年月日 平成 年 月 日

記載頂きました個人情報 Wakuchin 接種の予診に関してのみ使用致します。