

インフルエンザ予防接種予診票

		診察前の体温	度	分
住 所				
氏 名				男・女
生 年 月 日	明治・大正・昭和	年	月	日生 (満 歳)

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
	はい	いいえ	
今日のインフルエンザの予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	はい	いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか。 病名 ()	はい	いいえ	
治療 (投薬など) を受けていますか。	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	
免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。()	はい	いいえ	
ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか。	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。 その際に具合が悪くなったことはありますか 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 はい はい	いいえ いいえ いいえ	
けいれんを起こしたことがありますか。	はい	いいえ	
4週間以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名 ()	はい	いいえ	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 病名 ()	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。 病名 ()	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 (可能・見合わせる) 医師署名
-------	--

ワクチンロット番号	実施場所・医師名・接種年月日
Lot No.	実施場所 医師名 接種年月日 平成 年 月 日

インフルエンザ予防接種希望書 (医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。)

私は、医師の診察・説明を受け、インフルエンザの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。

平成 年 月 日 被接種者署名 _____
(自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名および被接種者との続柄を記載)