インフルエンザ予防接種予診票（任意接種用）

※この予診票は二枚一組です

医療機関控

住　　所	（TEL　　）		
受ける人の氏名		診察前の体温　　度　　分	
生　年　月　日	年　　月　　日生（　　歳　　カ月）	男　・　女	

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ましたか。	はい	いいえ	
現在何か病気にかかっていますか。もしくは今日具合が悪いところがありますか。 病名・症状（　　） 治療（投薬）などを受けていますか。 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 はい はい	いいえ いいえ いいえ	
最近１カ月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか。 病名（　　）	はい	いいえ	
生まれてから今までにけいれん（ひきつけ）を起こしたことがありますか。 （　　）歳頃　　その時熱は出ましたか。	はい はい	いいえ いいえ	
生まれてから今まで特別な病気（先天性異常、心臓、腎臓、脳神経の病気、免疫不全、血液疾患、気管支喘息、その他の病気）で医師の診察を受けてますか。 病名（　　） 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 はい	いいえ いいえ	
近親者に免疫不全の方がいますか。	はい	いいえ	
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。	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。 ①その際に具合が悪くなったことがありますか。 ②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 はい はい	いいえ いいえ いいえ	
４週間以内に何か予防接種を受けましたか。 いつ（　　）予防接種名（　　）	はい	いいえ	
乳幼児の方に発育歴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。 出生時に異常がありましたか。 乳児検診で異常があると言われたことがありますか。	 はい はい はい	 いいえ いいえ いいえ	
１カ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどの方がいましたか。 病名（　　）	はい	いいえ	
（ご婦人の方に）現在妊娠しておられますか。	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（可能・見合わせる） 医師署名又は記名押印

医師の診察、説明を受け（読み）予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、
今日の接種を希望しますか。　　（希望します・希望しません）
この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としており、本予診票が市町に提出されることに同意します。
被接種者、保護者、代理人（続柄記載）のサイン

ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
Lot No.	mℓ	実施場所　つりた耳鼻咽喉科クリニック 医師名　釣田　美奈子 接種年月日　令和　　年　　月　　日