

インフルエンザ 予防接種予診票

任意接種用

※接種希望の方は、太枠内にご記入下さい。

住所	〒	診察前の体温	度	分	
		電話番号			
フリガナ		携帯番号			
受ける人の氏名		性別	男	・	女
生年月日		年	月	日生	(満 歳)

質問事項	回答欄		医師記入欄
① 今日受ける予防接種について説明文(別紙)を 読んでいただきましたか。	いいえ	はい	
② 1カ月以内に予防接種を受けましたか。 それはいつですか。	はい(予防接種名: (接種日 月 日)	いいえ	
③ 今日体に具合の悪いところがありますか。	ある(具体的に)	ない	
④ 現在何かの病気で医師にかかっていますか。	はい(病名) 薬を飲んでいますか?(いる・いない)	いいえ	
⑤ 最近1カ月以内に病気にかかりましたか。	はい(病名)	いいえ	
⑥ 今までに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・ 血液疾患・免疫不全症、その他の病気)にかかり 医師の診察を受けていますか。	はい (病名)	いいえ	
⑦ 近親者に先天性免疫不全と診断された方はいますか。	いる	いない	
⑧ 今までにけいれん(ひきつけ)をおこしたことが ありますか。	ある 回ぐらい 最後は 年 月頃	ない	
⑨ 薬や食品(鶏肉、鶏卵など)で皮膚に発疹や蕁麻疹が でたり、体の具合が悪くなったことがありますか。	ある (薬又は食品の名前)	ない	
⑩ これまで気管支喘息と診断され、現在治療中ですか。	はい 年 月頃 (現在治療中・治療してない)	いいえ	
⑪ これまでに予防接種を受けて特に具合が悪くなった ことがありますか。	ある(予防接種名: (症状:)	ない	
⑫ 1カ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、 おたふくかぜなどにかかった方がいますか。	いる (病名:)	いない	
⑬ (女性の方に) 現在妊娠中、又はその可能性がありますか。	ある (妊娠 カ月・可能性がある)	ない	
⑭ その他、健康状態のことで医師に伝えておきたい ことがあれば、具体的に書いて下さい。			

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)	医師の署名
---	-------

医師の診察・説明を受け、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か。 (接種を希望します・接種を希望しません)	署名(もしくは保護者の署名)
---	----------------

使用ワクチン名	用法・容量	実施場所・医師名・接種日時
Lot.No.:	皮下接種 0.5mL	〒141-0022 東京都港区芝5-31-5 MEFULL田町2F 実施場所 田町三田駅前内科・呼吸器内科・アレルギー科 接種日時 年 月 日 時 分 医師名