

インフルエンザ予防接種 家族用予診票

任意接種用

※接種希望の方は、太ワク内のみご記入ください。回答欄にはどちらかに○印をつけてください。お子さまの場合には、健康状態をよく把握している保護者をご記入ください。

	0.5ml 1回のみ	0.5ml 2回接種	0.25ml 2回接種	0.5ml 1回のみ	0.5ml 2回接種	0.25ml 2回接種	0.5ml 1回のみ	0.5ml 2回接種	0.25ml 2回接種
フリガナ									
受ける人の氏名									
(保護者の氏名)									
生年月日 年齢	年	月	日	年	月	日	年	月	日
代表者の電話番号	()			-					
質問事項	回答欄			回答欄			回答欄		
1. 今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン何回目ですか	1回目	2回目		1回目	2回目		1回目	2回目	
2. 診察前の体温は何℃ですか	度 分			度 分			度 分		
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	ある(具体的に)		ない	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) 薬をのんでいますか(いる・いない)		いいえ	はい(病名) 薬をのんでいますか(いる・いない)		いいえ	はい(病名) 薬をのんでいますか(いる・いない)		いいえ
5. 最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか	はい(病名)		いいえ	はい(病名)		いいえ	はい(病名)		いいえ
6. 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	ある	回ぐらい	ない	ある	回ぐらい	ない	ある	回ぐらい	ない
7. 薬や食品(鶏肉、鶏卵など)で皮膚に発しんや蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	ある(薬または食品の名前)		ない	ある(薬または食品の名前)		ない	ある(薬または食品の名前)		ない
8. 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	ある(予防接種名・症状)		ない	ある(予防接種名・症状)		ない
9. 1か月以内に近親者や周囲で麻しん(はしか)、風しん、水痘(みずぼうそう)、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	いる(病名)		いない	いる(病名)		いない
10. (女性の方に) 現在妊娠していますか	はい		いいえ	はい		いいえ	はい		いいえ
医師の診察・説明を受けて接種することに同意しますか	(同意します ・ 同意しません)			(同意します ・ 同意しません)			(同意します ・ 同意しません)		
	本人署名(保護者署名)			本人署名(保護者署名)			本人署名(保護者署名)		
医師記入欄	(実施できる ・ 見合わせ)			(実施できる ・ 見合わせ)			(実施できる ・ 見合わせ)		
医師署名又は記名押印	使用ワクチンLot 容量			使用ワクチンLot 容量			使用ワクチンLot 容量		
接種日	□ 0.25ml (6か月～3歳未満) □ 0.5ml (3歳以上)			□ 0.25ml (6か月～3歳未満) □ 0.5ml (3歳以上)			□ 0.25ml (6か月～3歳未満) □ 0.5ml (3歳以上)		