インフルエンザ予防接種予診票

〈13歳以上65歳未満対象〉

※中学生は母子手帳を必ずお持ちください

診察前の体温	度　　分

住所				tel	
				携帯	
受ける人の氏名	ふりがな	男・女	生年月日	昭和 平成	年　月　日生 （　　才）
保護者の氏名					

新型コロナウイルス感染拡大防止対策質問	ご本人		お付添い	
① 1週間以内に37.5℃以上の発熱はありましたか。	はい	いいえ	はい	いいえ
② 2週間以内にご本人もしくは同居家族内で新型コロナ感染陽性者との接触はありましたか	はい	いいえ	はい	いいえ
③ お付添いの方の体温をご記入ください	（ 続柄　：　℃ ）（ 続柄　：　℃ ）			

質　問　事　項	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について説明を読み、理解しましたか。	いいえ	はい	
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よいといわれましたか。	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。 具体的な症状を書いてください。（　　）	はい	いいえ	
最近1か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	
最近1ヶ月以内に、家族や遊び仲間に、インフルエンザ、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。 （病名　　）	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に予防接種（ポリオを含む）を受けましたか。 予防接種の種類　（　　）	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	
その病気をみてもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	はい	いいえ	
薬や食品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。 薬・食品名（　　）	はい	いいえ	
ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。　（　　）歳頃	はい	いいえ	
そのとき熱がでましたか。	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	
昨年はインフルエンザの予防接種を受けましたか。	はい	いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 予防接種の種類　（　　）	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	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	
（女性のみ）現在妊娠している、又は妊娠している可能性はありますか。	はい	いいえ	

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	医師のサイン
	保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した			（注）ワクチンの種類・有効期限を要確認

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、接種を希望しますか	希望します	接種を希望しません	本人自署（高校生以下は保護者署名）
この予診表は、予防接種の安全性の確保を目的としてます。			

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量	実施場所．医師名．接種年月日
メーカー名 Lot No.	0．5ml	実施場所　わんぱくキッズクリニック 医師名 接種年月日　　年　　月　　日