

インフルエンザワクチン（任意接種）予診票

1回目 ・ 2回目 ・ フルミスト

ふりがな 受ける人の名前	男・女	接種前の体温  度 分
生年月日	年 月 日 ( 才 か月)	電話番号
住所	芦屋市 西宮市 神戸市 ( ) 市	保護者氏名 (受ける人が18歳未満の場合)

質問事項	回答欄	医師記入欄
今日、からだの具合で悪いところがありますか	はい ・ いいえ	
現在、何かの病気で医師にかかったり、薬を飲んだり、注射治療をしたりしていますか。 お薬の名前：  女性の方で、現在妊娠しているかその可能性はありますか	はい ・ いいえ  はい ・ いいえ	
これまでに下記のような特別な病気にかかり、医師の診察を受けていますか (心臓血管系・肝臓・腎臓・血液疾患・発育障害・免疫不全・その他)  病名 ( )  その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてもよいといわれましたか	はい ・ いいえ  いいえ ・ はい	
本人または近親者で、免疫不全と診断された方はいますか	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 (最後は 才 か月ごろ)  その時熱は出ましたか	はい ・ いいえ  いいえ ・ はい	
予防接種や、食品、薬等で皮ふに発疹やじんましんが出たり、からだの具合が悪くなったことがありますか。  ( )	はい ・ いいえ	
インフルエンザワクチンについてのご質問や、接種を受けるうえで健康状態のことで医師に伝えたいことがありますか。 あれば具体的にお書きください。	いいえ ・ はい	

医師記入欄： 以上の問診及び診察の結果、本日の予防接種は(実施できる・見合わせたほうが良い)と判断します。  
予防接種の効果、副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済措置について説明しました。

【ひひ・ひか・みひ・みか】 医師署名：

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、副反応などについて理解した上で、  
署名 (未成年の場合は保護者署名) :  
上記に同意し、本日ワクチンの接種を (希望します・希望しません)

インフルエンザワクチン lot:  接種量： 3歳未満 0.25 ml / 3歳以上 0.5 ml	医療機関名：メイプルこどもクリニック 医師名：小幡一夫 接種年月日：
---	--