

住所	〒	電話番号 (携帯・自宅どちらか)	診察前の体温		度	分
			フリガナ 受ける方の氏名 (保護者の氏名)	男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 () 歳

質問事項	回答欄		医師記入欄
1 今日受けるインフルエンザの予防接種の説明文を読み、内容を理解しましたか	はい	いいえ	
2 今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン1回目ですか	はい	いいえ	
3 現在、何か病気にかかっていますか、また今日具合の悪いところがありますか 病名、具合の悪い箇所()	ある	ない	
①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	はい	いいえ	
②治療(投薬など)を受けていますか	はい	いいえ	
③その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか	はい	いいえ	
4 特別な病気(先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・脳神経の病気、免疫不全症、血液疾患、その他)にかかったことがありますか 病名()	ある	ない	
5 薬や食品(特に鶏卵、鶏肉、その他の鶏由来のもの)で皮膚に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 薬名・食品名()	ある	ない	
6 インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか	ある	ない	
①前回受けたのは(年 月頃)	ある	ない	
②その際に具合が悪くなったことはありますか	ある	ない	
③インフルエンザ以外の予防接種で具合が悪くなったことがありますか 予防接種名()	ある	ない	
7 最近4週間以内にインフルエンザ以外の予防接種を受けましたか 予防接種の種類()	はい	いいえ	
8 けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか	ある	ない	
9 今までに間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断されたことがありますか	ある	ない	
10 近親者で先天性免疫不全症の方がいますか	いる	いない	
11 近親者で予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか	いる	いない	
12 1か月以内に家族や友達で麻しん、風しん、水ぼうそう、おたふくかぜにかかった方がいましたか 病名()	いる	いない	
13 (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	ある	ない	
14 (接種するのがお子さんの場合)分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか ある 具体的に()	ある	ない	
15 今日の予防接種について質問や健康状態のことで医師に伝えておきたいことがありますか ある 具体的に()	ある	ない	
16 過去にアルコール消毒でアレルギー反応が出たことがありますか	ある	ない	

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 (実施できる ・ 見合わせる) と判断致します。
本人または保護者に対して、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について説明をしました。

医師の署名又は記名押印 _____

本人(保護者)の記入欄

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、ワクチンの接種を (希望します ・ 希望しません)。

本人自署(もしくは保護者)

(代筆者の場合: 続柄 _____)

※自署できない場合は代筆者が署名し、接種者との続柄を記入して下さい。

よろしければアンケートにご協力をお願い致します。

- ・ 今回、櫻井病院で接種された経緯で、あてはまるものに○をつけてください。(複数回答可)
- 前にも予防接種をしたので ・ 他の病気でかかっているから ・ ホームページを見て ・ 知人からの紹介で ・ 近所だから
その他()
- ・ ご意見等ございましたらご記入ください () ・ 特になし

使用ワクチン	インフルエンザHAワクチン	用法	皮下接種	実施場所	共済会櫻井病院		医師名	
メーカー名		接種量	<input type="checkbox"/> 0.5mL	接種年月日	平成	年	月	日
Lot No.			<input type="checkbox"/> 0.25mL	記載の個人情報は適正な管理下で保管いたします。				