

# インフルエンザ予防接種接種申込および予診票（13歳未満）

初診患者さんは太枠内もご記入ください

フリガナ		男 女	生 年 月 日	大正・昭和 平成・令和 (満 歳 )
受ける人の氏名				年 月 日
住所	〒		電話番号	

再診患者さんは署名欄以下のご記入をお願いします

<b>署名欄</b>	診察前の体温	度 分
予防接種の有益性と副反応の可能性などについて理解した上で、インフルエンザワクチンの接種を希望します。 インフルエンザHAワクチン(4価ワクチン)[国内産ワクチン]		
年 月 日	被接種者氏名(予防接種を受ける人)	
	代理人(ご本人が自署できない場合)	

質 問 事 項	回 答 欄	医師記入欄
お子さんの発育歴についておたずねします。 分娩時に異常がありましたか。……………→ 出生後に異常がありましたか。……………→ 乳幼児検診で異常があるとされたことがありますか。……………→	はい  いいえ	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気にかかり、医師の治療(投薬など)を受けていますか。 病名( )	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	
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を受けましたか。 予防接種の種類( )	はい  いいえ	
インフルエンザの予防接種を受けた際に、具合が悪くなったことがありますか。	はい  いいえ	
これまでにインフルエンザ以外の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	
ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか。	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。 ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。( )歳頃 そのとき熱がでましたか。	はい  いいえ はい  いいえ 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	
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	
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)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 )。 本人に対して、予防接種の効果・目的、ワクチンの有益性及び副反応並びに予防接種健康被害救済制度について説明をした。 医師名 岩崎 拓也		
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	左 ・ 右 6カ月～3歳未満 0.25ml	実施場所 奈良県奈良市二名3-1046-1 とみお岩崎クリニック
Lot No.	3歳以上 0.5ml	医師名 岩崎 拓也 接種年月日 年 月 日