

インフルエンザHAワクチン予防接種予診票

				診察前の体温	度	分
ふりがな		男・女	生年月日	明治・大正	年	月
受ける人の氏名			年齢	昭和・平成	年	月
住 所			電話番号	(	歳)	

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文を読んで理解しましたか		はい	いいえ	
今日、体に具合の悪いことがありますか 症状()		はい	いいえ	
現在、何かの病気で医師にかかっていますか		はい	いいえ	
病名() 薬を飲んでいますか		はい	いいえ	
最近1ヵ月以内に病気にかかったり、熱が出たことがありますか		はい	いいえ	
病名() いつ (月 日 ～ 月 日)		はい	いいえ	
最近1ヵ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか		はい	いいえ	
病名() いつ (月 日 ～ 月 日)		はい	いいえ	
生れてから今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全、そのたの病気)にかかり医師に診察をうけましたか はいの場合→病名()		はい	いいえ	
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よいといわれましたか(病院)		いいえ	はい	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか		はい	いいえ	
熱がある時 回 熱がない時 回 最終 年 月 日		はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に湿疹やじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか		はい	いいえ	
何で() 症状()		はい	いいえ	
鶏卵、鶏肉、その他の鶏の成分を含む食品でアレルギーなどの症状が出たことがありますか		はい	いいえ	
これまでに気管支喘息と診断されたことがありますか (年 月頃)		はい	いいえ	
現在治療中ですか		はい	いいえ	
本人または家族に先天性免疫不全と診断された方はいますか		はい	いいえ	
(ご婦人の方に) 現在妊娠していますか		はい	いいえ	
本人または家族に予防接種を受けて具合が悪くなった人がありますか		はい	いいえ	
誰が() 予防接種名() 症状()		はい	いいえ	
1ヵ月以内に予防接種をうけましたか (予防接種名)		はい	いいえ	
6ヵ月以内にガンマグロブリンの注射を受けたことがありますか 何のため()		はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか どのようなことですか()		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、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 医師の記名				

本人の記入欄	
医師の診断・説明を受け予防接種の効果や目的、副反応の可能性などについて理解した上で予防接種することに (同意します ・ 同意しません) どちらかを○で囲んでください	
署名 _____ (代理人の場合:続柄 _____)	
(なお、被接種者が自署できない場合は代理者が署名し、被接種者との続柄を記載してください)	
ワクチン名	インフルエンザHAワクチン
接種 (予診) 年月日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
ロット番号	医療機関住所 長野県長野市信州新町上条137 長野県厚生農業協同組合連合会 医療機関名 南長野医療センター新町病院
接種量 (皮下接種)	0.5mℓ 医師名 _____

記載いただいた個人情報（氏名、年齢、性別、職業、住所、電話番号、メールアドレス）はワクチン接種に関する予診のみに使用します。