インフルエンザHAワクチン予防接種予診票　任意接種用

＊**接種希望の方へ：太ワク内**にご記入下さい。
＊お子さんの場合には、健康状態をよく把握している保護者がご記入下さい。

診察前の体温	度　　分

住　　所		TEL（　　）　　—	
（フリガナ） 受ける人の氏名	（　　）	男・女	生年月日　明治・大正・昭和・平成・令和　年　月　日生 （満　歳　ヵ月）
（保護者の氏名）			

質　問　事　項	回　答　欄		医師記入欄
1．今日受ける予防接種について説明文（裏面）を読んで理解しましたか。	いいえ	はい	
2．今日受けるインフルエンザHAワクチンの予防接種は今シーズン１回目ですか。	いいえ（　　）回目 前回の接種は（　　月　　日）	はい	
3．今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい　具体的に（　　）	いいえ	
4．現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 ・その場合、治療（投薬など）を受けていますか。 ・その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい　病名（　　） はい・いいえ はい・いいえ	いいえ	
5．最近１ヵ月以内に病気にかかりましたか。	はい　病名（　　）	いいえ	
6．これまでに特別な病気（心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、免疫不全症、その他の病気）にかかり、医師の診察を受けましたか。	はい 病名（　　）	いいえ	
7．これまで間質性肺炎や気管支喘息等の呼吸器系疾患と診断され、現在、治療中ですか。	はい（　　）年（　　）月頃 （現在治療中・治療していない）	いいえ	
8．これまでにひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。	はい（　　）回ぐらい 最後は（　　）年（　　）月頃	いいえ	
9．薬や食品（鶏卵、鶏肉など）で皮膚に発しん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。	はい 薬または食品の名前 （　　）	いいえ	
10．近親者に先天性免疫不全と診断された方がいますか。	はい	いいえ	
11．１ヵ月以内に家族や周囲で麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。	はい 病名（　　）	いいえ	
12．１ヵ月以内に予防接種を受けましたか。	はい　予防接種の種類（　　）	いいえ	
13．これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。	はい　予防接種名・症状 （　　）	いいえ	
14．（女性の方に）現在妊娠していますか。	はい	いいえ	
15．（接種を受けられる方がお子さんの場合）分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。	はい 具体的に（　　）	いいえ	
16．その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや質問があれば、具体的に書いて下さい。			

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（可能・見合わせる）　**医師の署名又は記名押印**

本人（もしくは保護者）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、説明した。

医師の診察・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、接種を希望しますか。 （接種を希望します・接種を希望しません）	本人の署名（もしくは保護者の署名） （※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載。続柄　　）

使用ワクチン名		用法・用量	実施場所・医師名・接種年月日
インフルエンザHAワクチン □ デンカ株式会社	Lot. No.	皮下接種 □ 0.5mL（３歳以上） □ 0.25mL（6ヵ月以上3歳未満）	実施場所： 医師名： 接種年月日：　年　月　日
カルテNo.			

記載頂きました個人情報はワクチン接種の予診に関してのみ使用致します。

インフルエンザHAワクチン予防接種予診票　任意接種用

＊**接種希望の方へ：太ワク内**にご記入下さい。
＊お子さんの場合には、健康状態をよく把握している保護者がご記入下さい。

診察前の体温	度　　分

住　所		TEL(　　)　　—	
（フリガナ） 受ける人の氏名	（　　）	男・女	生年月日　明治・大正・昭和・平成・令和　年　月　日生 （満　歳　ヵ月）
（保護者の氏名）			

質問事項	回答欄		医師記入欄
1．今日受ける予防接種について説明文（裏面）を読んで理解しましたか。	いいえ	はい	
2．今日受けるインフルエンザHAワクチンの予防接種は今シーズン１回目ですか。	いいえ（　　）回目 前回の接種は（　月　日）	はい	
3．今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい　具体的に（　　）	いいえ	
4．現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 ・その場合、治療（投薬など）を受けていますか。 ・その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい　病名（　　） はい・いいえ はい・いいえ	いいえ	
5．最近１ヵ月以内に病気にかかりましたか。	はい　病名（　　）	いいえ	
6．これまでに特別な病気（心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、免疫不全症、その他の病気）にかかり、医師の診察を受けましたか。	はい 病名（　　）	いいえ	
7．これまで間質性肺炎や気管支喘息等の呼吸器系疾患と診断され、現在、治療中ですか。	はい（　　）年（　　）月頃 （現在治療中・治療していない）	いいえ	
8．これまでにひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。	はい（　　）回ぐらい 最後は（　　）年（　　）月頃	いいえ	
9．薬や食品（鶏卵、鶏肉など）で皮膚に発しん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。	はい 薬または食品の名前 （　　）	いいえ	
10．近親者に先天性免疫不全と診断された方がいますか。	はい	いいえ	
11．１ヵ月以内に家族や周囲で麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。	はい 病名（　　）	いいえ	
12．１ヵ月以内に予防接種を受けましたか。	はい　予防接種の種類（　　）	いいえ	
13．これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。	はい　予防接種名・症状 （　　）	いいえ	
14．（女性の方に）現在妊娠していますか。	はい	いいえ	
15．（接種を受けられる方がお子さんの場合）分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。	はい 具体的に（　　）	いいえ	
16．その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや質問があれば、具体的に書いて下さい。			

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（可能・見合わせる）　**医師の署名又は記名押印**

本人（もしくは保護者）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、説明した。

医師の診察・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、接種を希望しますか。 （接種を希望します・接種を希望しません）	本人の署名（もしくは保護者の署名） （※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載。続柄　　）

使用ワクチン名		用法・用量	実施場所・医師名・接種年月日
インフルエンザHAワクチン □ デンカ株式会社	Lot. No.	皮下接種 □ 0.5mL（３歳以上） □ 0.25mL（6ヵ月以上3歳未満）	実施場所： 医師名： 接種年月日：　年　月　日
カルテNo.			

記載頂きました個人情報はワクチン接種の予診に関してのみ使用致します。