インフルエンザ予防接種予診票
あかいしクリニック

診察前の体温	度　　分

住所				
受ける人の氏名		男 女	生年 月日	明治・大正　　年　月　日 昭和・平成 （満　　歳　　ヵ月）
（保護者の氏名）				

質　問　事　項	回答欄		医師記入欄
今日のインフルエンザの予防接種について、説明文（別紙）を読みましたか。	はい	いいえ	
今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン一回目ですか？	はい	いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか。 病名（　　）	はい	いいえ	
治療（投薬など）を受けていますか。	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	
免疫不全と診断されたことがありますか。	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	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 病名（　　）	はい	いいえ	
その病気をみ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。	はい	いいえ	
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。 病名（　　）	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	
新型インフルエンザ又は季節性インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
その際に具合が悪くなったことはありますか。	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。	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。　（　　）歳頃	はい	いいえ	
そのとき熱が出ましたか。	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	
（接種をう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はありましたか？ 出生体重（　　）g	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）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。	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、接種する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。

医師の署名又は記名押印

被接種者（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、以下のワクチンの接種を（　希望します　・　希望しません　）。
※ 接種するワクチンにチェックしてください。
※ この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。

令和　　年　　月　　日 本人自署

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 Lot No.	ml	実施場所　あかいしクリニック 医師名　赤石　亨 接種年月日　令和　　年　　月　　日