

インフルエンザ予防接種予診票

接種希望の方へ 太枠の中をご記入ください。

お子さんの場合は健康状態をよく把握している保護者をご記入ください。

住所		電話（ ）			診察券番号	
(フリガナ)		()	性別	生 年 月	明・大・昭・平・令 年 月 日	
受ける人の名前			男 女		歳 ヶ月	
保護者署名 接種者が未成年の場合						
質問事項				回答欄		
現在の年齢で該当する欄に○をつけてください。 6 ヶ月～2 歳 ・ 3 歳～64 歳 ・ 65 歳以上 ※公費対象(例 65 歳以上)の方は専用の問診票をご利用ください。				体温	℃	
1. 今日受ける予防接種の説明・裏面を読んで理解しましたか？				いいえ		はい
2. 今日受ける予防接種は				2 回目 (1 回目接種 /)		1 回目
3. 今日、具合の悪いところがありますか？ または 1 ヶ月以内に病気にかかりましたか？			ある (具体的に)			ない
4. 1 ヶ月以内に家族や周囲で麻疹・風疹・水痘・おたふくかぜなどにかかった方が いますか？※潜伏期間が 2 から 3 週間あるため、その場合は効果が出ないことがあるのでお勧めしません。					ある (病名)	いない
5. 現在、何かの病気にかかっていますか？				はい (病名) 薬を飲んでいますか (いる・いない)		いいえ
6. 初回の熱性けいれんを 8 週以内に起こしましたか？ ※8 週以内に初回のけいれん発作歴がある場合は接種をお勧めできません。				はい		いいえ
7. 薬や食品(鶏肉、鶏卵など)、予防接種で具合が悪くなったこと がありますか？				ある (薬または注射名)		ない
8. 4 週間以内に他の予防接種を受けましたか?接種日 /			はい 予防接種名：			いいえ
9. (女性の方に) 現在、妊娠していますか？※妊娠 16 週以降の方のみ接種可能					はい 週	いいえ
10. 分娩時、出生児、乳児健診で異常があり、予防接種を控えるよ うに言われたことがありますか？				ある (具体的に)		いいえ
11. ヶ月以内にガンマグロブリンの点滴を受けましたか。 ※投与されている場合は効果が出ないことがあるためお勧めしません。					はい	いいえ
12. 高血圧・高脂血症(脂質異常症)・糖尿病などを指摘されている方で動脈硬化 の有無(頸動脈エコー)の検査を希望されますか？					はい	いいえ
その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば具体的に書いて ください。						
★12 歳までのお子さんは 2－4 週間後に 2 回目の接種を受けることをお勧めします。					すべての質問にチェックで きましたか？□はい	
★当院では、糖尿病の血液検査(血糖、HbA1C、尿検査)は当日結果がわかります。						
使用ワクチン名 インフルエンザ HA ワクチン LotNo.			☐ 0.25ml (6 ヶ月～2 歳) ☐ 0.5ml (3 歳 以上) ☐ 用法 : 皮下接種 12 歳までは 2 回接種			医師名・接種日時 医師名：細田俊樹 接種日時：R 年 月 日
受付	会計	接種者	カルテ確認			