

インフルエンザHAワクチン 接種予診票

住 所	〒		TEL	() -
(フリガナ) 接種を受ける人の氏名		男 ・ 女	生年月日	年 月 日生 (満 才 カ月)
保護者の氏名			診察前の体温	度 分

質問項目	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について説明文書を読んで理解しましたか。	いいえ	はい	
今日受けるインフルエンザ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 年 月 日	はい	
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	
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 ・その病気の治療医には、今日の予防接種を受けて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	
最近1ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか。	はい（病名 ）	いいえ	
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、医師の診察を受けたことがありますか。	はい（病名 ）	いいえ	
これまでに間質性肺炎や気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断されたことがありますか。	はい（ 年 月頃 ） 現在治療中 ・ 治療していない	いいえ	
ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。	はい（ 回くらい） （最後は 年 月頃）	いいえ	
これまでに薬や食品（鶏卵、鶏肉など）で皮膚に発疹が出たり、体の具合が悪くなったことはありますか。	はい （薬・食品名 ）	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（予防接種名 ）	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	
最近1ヶ月以内に家族や周囲で麻しん(はしか)、風しん、水痘（みずぼうそう）おたふくかぜにかかった方はいますか。	はい（病名 ）	いいえ	
最近1カ月以内に予防接種を受けましたか。	はい（予防接種名 ）	いいえ	
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	
あなたのお子さんの发育歴についておしえてください 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	
その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや今日の予防接種について質問がありますか。	はい 具体的に（ ）	いいえ	

[illegible]

保護者記入欄	
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、 接種することを（ 希望します ・ 希望しません ）	保護者の署名 []

使用ワクチン名		接種量	実施場所・医師名・接種年月日
名称： インフルエンザHAワクチン 製造番号：	皮下接種 1回 左 右	0.5ml	医療機関名： 医療法人 金井産婦人科 住 所： 大阪市城東区今福西1-2-8 電話：06-6931-2391 医 師 名： 接種日時： 2023年 月 日 時