インフルエンザ予防接種予診票

住所					診察前の体温　　度　　分
					電話番号　　―
ふりがな 氏　　名		性別	男・女	生年月日	大正 昭和 平成　　年　　月　　日（満　　歳）

質　問　事　項	回答欄		医師記入欄
現在、何か病気にかかっていますか。 病名（　　） 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よいといわれましたか。	はい はい はい	いいえ いいえ 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（　　） 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。	はい はい	いいえ 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	
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。 その際に具合が悪くなったことはありますか。	はい はい	いいえ 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。 具体的にどのような薬又は食品ですか。（　　）	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 ※そのとき熱が出ましたか。	はい はい	いいえ 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	

【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

【インフルエンザ予防接種希望書】

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、ワクチンの接種を（　希望します　・　希望しません　）

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。このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

※自署できない方については、代筆者名と続柄も記入してください。

令和　　年　　月　　日　　本人自署＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　代筆者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿続柄

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量		医療機関名	
メーカー名			接種医師名	
Lot No.	接種年月日		医療機関コード	