

インフルエンザ HA ワクチン接種申込書・予診票

		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	昭和	年 月 日生
(保護者の氏名)				平成 令和	(歳 カ月)
質問事項			回答欄		医師記入欄
今日受けるインフルエンザの予防接種についての説明文を読み、効果や副反応などについて理解しましたか			いいえ	はい	
現在、何か病気にかかっていますか、治療(投薬など)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	いいえ	
特別な病気(先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・脳神経の病気、免疫不全症、血液疾患、その他)にかかったことがありますか 病名()			はい	いいえ	
薬や食品(特に鶏卵、鶏肉、その他の鶏由来のもの)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 薬名・食品名()			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 ①前回受けたのは(年 月頃) ②その際に具合が悪くなったことはありますか ③インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことがありますか 予防接種名()			はい	いいえ	
4週間以内にインフルエンザ以外の予防接種を受けましたか 予防接種名()			はい	いいえ	
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか			はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全の方がいますか			はい	いいえ	
近親者の中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	
1カ月以内に家族や友達に麻疹、風疹、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	
(ご婦人の方に)現在妊娠していますか			はい	いいえ	
(接種される方がお子さんの場合に)あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 出生体重(g) 分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか 乳児検診で異常があるといわれたことがありますか			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	

医師記入欄

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(実施できる・見合わせたほうがよい)と診断します
本人(本人が未成年者の場合は保護者)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ました

医師署名又は記名捺印 _____

本人記入[未成年者(既婚者を除く)の場合は保護者]

医師の診断・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うえで接種することに
(同意します ・ 同意しません)どちらかを○で囲んでください
署名 (代筆の場合:続柄)

使用ワクチン名	用法・用量	接種場所・医師名・接種日時
名 称: インフルエンザ HA ワクチン メーカー名: 製造番号:	皮下接種 mL 回目	医 療 機 関 名: みやわきこどもクリニック 医 師 名: 院長 宮脇 零士 接 種 日 時:

記載いただきました個人情報はワクチン接種に関する予診にのみ使用します。



みやわきこどもクリニック
MIYAWAKI CHILDREN'S CLINIC