インフルエンザ予防接種予診票　（　1回目　・　2回目　）

		診察前の体温　　度　　分
住　所		電話（　　ー　　）
フリガナ		（　男　・　女　）
氏　名		
生年月日	大正・昭和・平成・令和　　年　　月　　日生（満　　歳　　カ月）	

質　問　事　項	回　答　覧		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書を読みましたか。	はい	いいえ	
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	はい	いいえ	
【予防接種を受けられる方がお子さんの場合】 分娩時、出産時、乳幼児健診などで異常がありましたか	ある（具体的に）	ない	
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も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。 具合の悪い症状を書いてください。（	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	
インフルエンザの予防接種を受けたことはありますか。（いつ頃	はい	いいえ	
①その際に具合が悪くなったことはありますか。（症状	はい	いいえ	
②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はありますか。	はい	いいえ	
ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか。予防接種名（　　）	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言われましたか。	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	
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【　可能　・　見合わせる　】 本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。 医師署名又は記名押印

ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
Lot No.	皮下接種 □0.25ml（※6カ月～3歳未満） □0.5ml（※3歳以上）	実施場所　　十勝いけだ地域医療センター 医師名 接種年月日　　令和　　年　　月　　日

インフルエンザ予防接種希望書　　（医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入して下さい）

□　医師の診察・説明を受け、予防接種の効果副反応などについて理解した上で、接種を希望します。

□　この予診は、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、本予診票が町に提出されることに同意します。

令和　　年　　月　　日　署名（本人若しくは保護者）

（※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載）