葉梨整形外科　インフルエンザ予防接種予診票

※接種希望の方は、太枠内のみご記入ください。回答欄にはどちらかに〇印をつけてください。
※お子様の場合は、健康状態をよく把握している保護者が記入してください。

診察前の体温	度　　分

住　所		TEL（　　）　　－		
フリガナ		男・女	生年月日	明治 大正 昭和 平成　年　月　日生（　歳　ヶ月）
受ける人の氏名				
（保護者の氏名）				

質問事項	回答欄		医師記入欄
1．今日受ける予防接種について、説明文を読んで理解しましたか。	いいえ	はい	
2．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）	はい	
3．今日、体に具合の悪いところがありますか。	ある（具体的に）	ない	
4．現在、何かの病気で医師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	
5．最近1ヶ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	
6．今まで特別な病気（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ていますか。	いる（病名）	いない	
（“いる”の場合）その主治医に、今日の予防接種を受けてよい言われましたか。	いいえ	はい	
7．これまで間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患と診断され、現在、治療中ですか。	はい　年　月ごろ （現在治療中・治療していない）	いいえ	
8．近親者に先天性免疫不全と診断された方がいますか。	はい	いいえ	
9．今までにけいれん（ひきつけ）をおこしたことがありますか。	ある　回ぐらい 最後は　年　月ごろ	ない	
10．薬や食品（鶏肉、鶏卵など）で皮膚に発しんや蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	ある（薬または食品の名前）	ない	
11．これまでに予防接種を受けて特に具合が悪くなったことがありますか。	ある（予防接種名・症状）	ない	
12．1ヶ月以内に近親者や周囲で麻しん（はしか）、風しん、水痘（みずぼうそう）、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。	いる（病名）	いない	
13．最近1ヶ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	
14．（女性の方に）現在妊娠していますか。	はい	いいえ	
15．（接種を受けられる方がお子さんの場合） 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。 出生体重（　）g	ある（具体的に）	ない	
16．今日の接種について質問がありますか。	ある（具体的に）	ない	

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・見合わせた方がよい）と判断します。

本人または保護者に対して、予防接種の結果、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。

医師署名又は記名押印

本人（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に

（　同意します　・　同意しません　）

署名　　（代筆者の場合 続柄：　）　（被保険者が自署できない場合は代筆者が）

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
	皮下接種 □0．5ml（3歳以上） □0．25ml（6ヶ月以上3歳未満）	実施場所：葉梨整形外科 医師名： 接種日：　年　月　日

記入いただきました個人情報はワクチン接種の予診に関してのみ使用いたします。

葉梨整形外科