

インフルエンザ予防接種予診票

令和4年度用

1回目 2回目	(前回の接種日 月 日・当院・他院)	診察前の体温	度	分
住所	電話番号			
受ける人の氏名	男	生年月日	昭和 平成・令和	年 月 日
保護者の氏名	女		(満 歳 ヵ月)	
対象者等分類	1. 妊婦(妊娠 週)(当院・他院で妊婦健診) 2. 乳幼児(6ヶ月～3歳未満) 3. 3歳～13歳未満 4. 13歳以上～成人 5. 高齢者(65歳以上)			
卵アレルギーの有無	不明(未摂取)、無し(普通に摂取)、有り(全く食べていない、少量は食べても可、現在普通に食べている) 採血の結果有り 平成・令和 年 月頃採血 卵白IgEのランク(1+、2+、3+、4+、5+、6+)			

質問事項	回答欄		医師記入欄
お子さんの発育歴(分娩・出生)に異常がありましたか 出生体重 g	異常有り	異常なし	
乳児健診で異常があるとされたことがありましたか	あった	無かった	
生まれてから今までに先天異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全、その他の病気にかかり 医師からの治療・投薬を受けたことがありますか 病名()	あった	いいえ	
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、本日の予防接種を受けても良いと言われていましたか	はい	いいえ	
本日、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() いつからですか()	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() いつ頃 月 日頃	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() 月 日 病医院名()	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	はい	いいえ	
その際に具合が悪くなったことはありますか	はい	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() どのような症状? 発熱・発疹・腫脹	はい	いいえ	
新型コロナの予防接種を受けていますか (0回、1回、2回、3回、4回) 最後に受けた新型コロナワクチンは何時でしたか 月 日	はい	いいえ	
新型コロナ感染症に掛かったことがありますか なし、あり(年 月 日 治癒)	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	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・ 年 月頃)	はい	いいえ	
そのとき熱が出ましたか	はい	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	いいえ	
本日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	
(女性のみ)現在妊娠している、または妊娠している可能性がありますか	はい	いいえ	

医師の記入欄
以上の問診及び診察の結果、本日の予防接種は (可能、 見合わせる)
保護者に対して、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、説明をした
医師署名又は記名押印 鈴木 正利 鈴木 信子 印

ワクチンの説明書を読み、診察・説明を受け、効果や有効性の限界、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、
以下のワクチンの接種を希望しますか (接種を希望する・接種を希望しません) 下の□にチェックを入れて下さい
 インフルエンザHAワクチン(4価・国産(バイアル瓶入り) ←通常品、乳幼児～成人～老人
 インフルエンザHAワクチン(4価・国産(チメロサルフリー・シリンジ入り) ←水銀ゼロ、妊婦・乳幼児、やや高価
令和 年 月 日 本人(保護者)の署名

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
メーカー名	0.25 ml	実施場所 (医)若葉台クリニック (名古屋市名東区若葉台502) 医師名 鈴木 正利・鈴木 信子 印
Lot No.	0.5	接種年月日 令和 年 月 日