

**インフルエンザ予防接種予診票
〈13歳以上〉**

		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	平成/昭和 年 月 日 (満 歳)
ワクチンを受ける人が 20歳未満の場合、 保護者名を記入		女		

質 問 事 項	回 答 欄		医 師 記 入 欄
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気にかかり、医師の治療(投薬など)を受けていますか。 病名()	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よいといわれましたか。	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	
最近1ヶ月以内に、家族や遊び仲間に、インフルエンザ、麻疹、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	
新型インフルエンザ又は季節性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	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。 ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。()歳頃	はい	いいえ	
そのとき熱がでましたか。	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	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか。	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	
(女性のみ) 現在妊娠している、又は妊娠している可能性はありますか。	はい (週)	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**) 。

医師の署名又は記名押印 平林靖高、森由佳、田中敦子、菅晴香

保護者あるいは被接種者の記入欄

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、以下のワクチンの接種を **希望します**

インフルエンザHAワクチン(4価ワクチン)[国内産ワクチン] 保護者自署

令和 年 月 日 被接種者が20歳以上であれば自署

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	0.5 ml	実施場所 ひばりがおか子どもとアレルギーのクリニック 医師名 平林靖高、森由佳、田中敦子、菅晴香
Lot No.		接種年月日 年 月 日