診察券番号：　　企業名:

診察券番号を記入して下さい

インフルエンザ予防接種予診票(R5年度)

※接種希望の方は、太枠内のみご記入下さい。回答欄にはどちらかに○印をつけて下さい。
※お子さんの場合には、健康状態をよく把握している保護者がご記入下さい。

診察前の体温	度　　分

住　　所		TEL(　　)　　ー		
フリガナ		男・女	生年月日	大正 昭和　　年　月　日生 平成 令和　(満　　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. 今日受けられる予防接種について説明文(裏面)を読んで理解しましたか	いいえ	はい	
2. 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	
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	
3. 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(いる・いない)	いいえ	
4. 今までに特別な病気(心臓・腎臓・肝臓・血液・免疫不全症・その他の病気)にかかり医師の診断を受けていますか	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良いといわれましたか	いいえ	はい	
5. 薬や食品(鶏肉・鶏卵など)で皮膚に発疹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	
6. 今までにｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ予防接種を受けたことがありますか	いいえ　(卵ｱﾚﾙｷﾞｰ：あり　なし)	はい	
①今日受けるｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ予防接種は今ｼｰｽﾞﾝ1回目ですか	いいえ　(前回：R5/R6　月　日)	はい	
②その際に具合が悪くなったことはありますか	ある(症状)	ない	
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	ある (予防接種名) (症状)	ない	
7. 最近1カ月以内に予防接種を受けましたか	はい(ｺﾛﾅﾜｸﾁﾝ・その他:　　) 接種日(　月　日)	いいえ	
8. (女性の方に)現在妊娠していますか	はい　(　ヶ月)	いいえ	
9. (接種を受けられる方がお子さまの場合)分娩時、出生時、乳児健診などで異常がありましたか	ある(具体的に)	ない	
10. 今日の予防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:以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は　可能　・　見合わせる　　医師の署名

本人に対して、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た。

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上で接種することに同意します。

署名(本人もしくは保護者)

自署できない場合は代筆者が署名し、続柄を記載して下さい。　(代筆者の場合 ： 続柄　　)

名称 ： ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ HAﾜｸﾁﾝ	用法・容量	実施場所・医師名・接種日時
ﾒｰｶｰ名：	□ 0.25ml (6ヶ月以上3歳未満)	実施場所：　医療法人社団司健会　市原健康クリニック
Lot No.:	□ 0.5ml (3歳以上)	医師 ：　小椋　健司 接種日 ：