

インフルエンザ予防接種予診票

《一般用》

		診察前の体温		度	分
住所	TEL ()	性別	男	女	
		これまでに当院を受診したことがありますか	ある	ない	
(フリガナ)					生年月日
受ける人の氏名			明治	年	月 日
(本人が自署できない場合は、本人の意思を確認したうえで2親等以内の代筆者が本人名を署名し、代筆者氏名、被接種者との続柄を記入してください)		大正	昭和	平成	(満 歳)
代筆者	(続柄)				

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日のインフルエンザ予防接種について、説明書を読みましたか	いいえ	はい	
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	いいえ	はい	
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、今日の接種を受けてよいといわれましたか	いいえ	はい	
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 具体的な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、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がありますか	いいえ	はい	
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	
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	
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	
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか	はい	いいえ	
予防接種の種類(: 月 日)			
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	
その病気の主治医には、今日の接種を受けてよいといわれましたか	いいえ	はい	
1ヶ月以内に、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

以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は 【可能・見合わせる】
 予防接種の効果・目的、ワクチンの有益性及び副反応、ならびに予防接種健康被害救済制度について、
 説明を行った。

医師 記名押印

インフルエンザ予防接種希望書

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、
 接種を希望します。

年 月 日 本人自署
 (代筆者

続柄)

(本人が自署できない場合は、本人の意思を確認したうえで2親等以内の代筆者が本人名を署名し、代筆者氏名、被接種者との続柄を記入してください)

ワクチン製造元 Lot No.	接種量 0.5ml	実施場所 津田沼ザ・タワークリニック 医師 記名押印
有効期限		接種年月日