

予防接種予診票

接種する予防接種の回数を ○ で囲んでください

インフルエンザ H A ワクチン 1 回目・2 回目

※ボールペンで太枠部分をご記入ください。

フリガナ		男・女	生年月日・年齢（1歳未満は月齢）			体温
受ける人の氏名			平成 令和	年	月	日生
保護者氏名			（	歳	カ月）	
住所		電話				

質問	回答	医師記入欄
インフルエンザワクチンについての説明文を読み、内容を理解しましたか	いいえ はい	
特別な病気（先天性異常、心臓、脳神経、がん、免疫不全症等）で病院に通院していますか、または手術を受けたことがありますか	はい 病名（ ） いいえ	
その病気の主治医に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・尋ねていない	
4週間（28日）以内に予防接種を受けましたか	はい 予防接種名（ ） いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか	はい 具体的に（ ） いいえ	
1カ月以内に病気にかかりましたか	はい 病名（ ） いいえ	
1カ月以内にけいれんをおこしましたか	はい いいえ	
1カ月以内に周囲に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜの方がいましたか	はい いいえ	
6カ月以内に輸血または免疫グロブリン療法を受けましたか	はい いいえ	
予防接種を受けて体調が悪くなったことがありますか	はい 予防接種名（ ） いいえ	
薬や食品などで重いアレルギー症状を起こしたことがありますか	はい 薬・食品名（ ） いいえ	
【女性の方に】現在妊娠していますか	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	

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	医師署名（自署）
	本人または保護者に対して、予防接種の効果、副反応およ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			

本人記入欄	医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応等について理解した上で、接種することに同意しますか	同意します	同意しません	保護者署名（自署）
-------	--	-------	--------	-----------

使用ワクチン	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
ワクチン名	皮下接種	接種場所 よこたこどもクリニック
Lot No.	0.25 0.5 mL	医師名 横田卓也
		接種日時 年 月 日