

インフルエンザHAワクチン予診票

※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			令和 平成 昭和	年 月 日生	（ 歳 カ月）	°C
保護者氏名						
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 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> 病名（ <input type="text"/>) いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 尋ねていない <input type="checkbox"/>	
今シーズンのインフルエンザワクチン接種は何回目ですか	1回目 2回目 → 1回目の接種日（ <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日）	
4週間（28日）以内にインフルエンザ以外の予防接種を受けましたか	はい <input type="checkbox"/> 予防接種名（ <input type="text"/>) いいえ <input type="checkbox"/>	
今日、体に具合の悪いところがありますか	はい <input type="checkbox"/> 具体的に（ <input type="text"/>) いいえ <input type="checkbox"/>	
1カ月以内に病気にかかりましたか	はい <input type="checkbox"/> 病名（ <input type="text"/>) いいえ <input type="checkbox"/>	
1カ月以内にけいれんをおこしましたか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> 予防接種名（ <input type="text"/>) いいえ <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> 薬・食品名（ <input type="text"/>) いいえ <input type="checkbox"/>	
【女性の方に】現在妊娠していますか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
今日の予防接種について質問がありますか	はい <input type="checkbox"/> （ <input type="text"/>) いいえ <input type="checkbox"/>	

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 <input type="checkbox"/>	見合わせる <input type="checkbox"/>	医師署名（自署） <input type="text"/>
	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 <input type="checkbox"/>	同意 <input type="checkbox"/>	保護者署名（自署） <input type="text"/>	※16歳以上は本人がサインしてください
		同意 <input type="checkbox"/>	同意 <input type="checkbox"/>		

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 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日