

インフルエンザ予防接種予診票

ご記入ください。

診察前の体温 度 分

フリガナ 氏名		男 女	生年月日	明治・大正 昭和・平成 年 月 日
住所	〒		緊急連絡先	

本日の予防接種名(季節性インフルエンザ)

質 問 事 項	回答欄		医師記入欄
	はい	いいえ	
インフルエンザワクチン接種にあたって(説明書)を読み、予防接種の効果や副作用などについて理解されましたか。	はい	いいえ	
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、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	はい	いいえ	
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	
今までに心臓病、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	
その病気をみてもらっている医師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	
最近1か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	
最近1ヶ月以内に、家族や遊び仲間に、インフルエンザ、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいますか (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。 ※新型コロナワクチンを2週間以内に打たれた方は接種不可 予防接種の種類と接種日()	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。 予防接種の種類と接種日()	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	
薬のアレルギーはありますか。(薬品名)	はい	いいえ	
今までに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。	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)	はい	いいえ	
そのとき熱が出ましたか。	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	
アルコール消毒で異常がでたことがありますか。	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	いいえ	※

※妊娠中で体調が悪い方は婦人科医にご相談ください。

被接種者の記入欄

予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性、重篤な副反応の可能性等について理解した上でワクチンの接種を希望します。

2021年 月 日 本人自署