

インフルエンザ予防接種予診票

◆高校生に相当する年齢以上の者対象◆

※接種希望者は、太枠内にボールペンでご記入ください。

診察前の体温 度 分

受ける人の住所	青森県三戸郡田子町大字			
受ける人の(ふりがな)氏名	()	性別 男・女	生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日 (満 歳)

2019 緑色

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日のインフルエンザの予防接種について、町からの情報(裏面)を読みましたか。	はい	いいえ	
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。	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	
⇒ 現在、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()	はい	いいえ	
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	
その病気の主治医などに、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	
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したか。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。その種類()	はい	いいえ	
過去に新型または季節性インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
⇒ 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	
過去に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がありますか。予防接種の種類()	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。()歳頃	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	
今日の予防接種について、不安なことや質問がありますか。	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	

医師の記入欄
 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる)。
 本人に対して、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに
 予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。 医師の署名又は記名押印

本人もしくは保護者の記入欄 医師の診察・説明を受け、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などについて理解した上 ワクチンの接種を(希望します・希望しません)。	署名
-------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

使用ワクチン名・メーカー名 Lot No.	接種量 0.5 ml	実施場所 医師名 接種年月日	令和 年 月 日
--------------------------	---------------	----------------------	----------