任意接種

★は記入しないで下さい

【注射】インフルエンザ予防接種予診票

★ 接種日

接種予約日	何回目	★ 接種量
令和　　年　　月　　日 午後　　時　　分	□1回目　□2回目	□ 3歳未満　0.25ml □ 3歳以上　0.5ml

ふりがな		年齢	歳　　ヶ月
受ける人の氏名			
保護者の氏名		生年月日	平成/令和　　年 月　　日
住所		性別	□ 男 □ 女
電話番号			

質　問　事　項	診察前の体温	度	
	回答欄		医師記入欄
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　薬名（　）	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	
今日体に具合の悪いところがありますか	はい	いいえ	
具体的な症状を書いてください（　）			
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	はい	いいえ	
予防接種の種類（　）			
季節性インフルエンザ又は新型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	
これまで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はありますか	はい	いいえ	
予防接種の種類（　）			
鶏肉や鶏卵などにアレルギーがありますか	はい	いいえ	
鶏肉・鶏卵アレルギーがある場合、鶏卵（加工品含む）の摂取について	（食べている / 食べていない）		
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質問がありますか	はい	いいえ	

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　）

本人または保護者に対して、予防接種の効果、副反応及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をした

医師署名又は記名押印 ＿＿＿＿＿＿＿＿

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、
接種を希望しますか（　接種を希望します　・　接種を希望しません　）

保護者署名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

★ ロット番号	実施場所・医師名
Lot No.	実施場所　佐々木こどもクリニック　名古屋市名東区朝日が丘99番地　グロリア朝日ヶ丘1F 医師名　佐々木　智章