

# インフルエンザ予防接種予診票(2020年)

13～64歳の方

		診察前 の体温	度	分
住所	摂津市	TEL ( )	-	
氏名	(フリガナ )			男・女
生年月日	(昭和・平成) 年 月 日	生まれ (満 歳)		

質問事項	解答欄		医師記入欄
今日のインフルエンザの予防接種について説明書は読みましたか？	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言われましたか？	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？ 具体的な症状について書いてください。 ( )	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	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか？	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ヶ月以内に家族や友人にインフルエンザ、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？ 予防接種の種類 ( )	はい	いいえ	
新型インフルエンザ、又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？ 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？ 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はありますか？	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)を起こしたことがありますか？ ( 歳)	はい	いいえ	
そのとき、熱は出ましたか？	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	
(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？ 現在、かかっている婦人科の病院名を記入してください。 病院名( )	はい	いいえ	
インフルエンザの予防接種の許可をもらいましたか？	はい	いいえ	

医師記入欄	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、副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明した。 医師の署名又は記名押印
-------	--

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。 ( 接種を希望する ・ 接種を希望しません )

令和 年 月 日 本人自署 **20歳未満の方のみ保護者自署**( )

ワクチンロット番号	接種量 ・ 実施場所 ・ 医師名 ・ 接種年月日		
メーカー名	接種量	実施場所	摂津ひかり病院
Lot No	0.5ml	医師名	
		接種年月日	令和 年 月 日

## インフルエンザ予防接種済証

予防接種を行った年月日	令和 年 月 日	実施場所	摂津ひかり病院
ワクチンロット番号	Lot No	医師名	
ワクチンメーカー名	0.5ml		