

# 【1回目】 3才未満用

# インフルエンザHAワクチン 接種予診票

※太い線で囲まれたところを記入するか○で囲んでください。

住所	〒		TEL	( )	-
(フリガナ) 接種を受ける人の氏名	男・女	生年月日	平成	年	月 日 (満 才 カ月)
保護者の氏名	診察前の体温		度	分	

質問項目	回答欄		医師記入欄
今日受けるインフルエンザの予防接種についての説明文を読み、効果や副反応などについて理解しましたか。	いいえ	はい	
あなたのお子さんの発育歴についておしえてください 出生体重( )g 分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれましたか	はい	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状( )	はい	いいえ	
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか。 治療(投薬など)を受けていますか 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	
1ヶ月以内に家族や友達に麻疹(はしか)、風しん、水痘(みずぼうそう)、おたふくかぜ 病名( ) などの病気の方がいましたか。	はい	いいえ	
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか ①前回受けたのは( )年( )月頃 ②その際に具合が悪くなったことはありますか ③インフルエンザ以外の予防接種の際に具合がわるくなったことがありますか 予防接種名( )	はい	いいえ	
4週間以内にインフルエンザ以外の予防接種を受けましたか 予防接種名( )	はい	いいえ	
生まれてから今までに特別な病気(先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・血液・発育障害の病気、 血が止まりにくくなる病気、免疫不全症)や、その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか。 具体的な病名( )	はい	いいえ	
また、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	
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	
薬や食品(特に鶏卵、鶏肉、その他の鶏由来のもの)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はありますか。 薬名・食品名( )	はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか。	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	

<p>医師記入欄</p> <p>以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(実施できる・見合わせたほうがよい)と判断します。 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しました。</p> <p>医師の署名または記名押印 [ ]</p>
---

<p>保護者記入欄</p> <p>医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解しました。保護者の署名 以上の内容に同意し、本ワクチンの接種を希望しますか。(はい・いいえ) [ ]</p>
--

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
名称: インフルエンザHAワクチン メーカー: 北里第一三共ワクチン(株) 製造番号:	皮下接種 1回目  0.25ml  左 右	医療機関名: 医療法人 金井産婦人科 住 所: 大阪市城東区今福西1-2-8 電話: 06-6931-2391 医 師 名: 接種日時: 平成29年 月 日 時

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。記載いただきました個人情報は、予防接種に関する予診のみに使用します。