インフルエンザ HA ワクチン接種申込書・予診票

				体　温:　　度　　分
住　　所	〒			TEL　(　　)　　-
フ　リ　ガ　ナ		男 女	生年 月日	昭和 平成　　年　　月　　日 令和
受ける人の氏名				
保 護 者 氏 名			年齢	満　　歳

質問事項	回　答　欄	医師記入欄
今日受けるインフルエンザ HA ワクチン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	はい・いいえ	
(接種される方がお子さんの場合)お子さんの発育歴についておたずねします 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言われたことがありますか	 はい・いいえ はい・いいえ はい・いいえ	
現在何か病気にかかっていますか、また今日具合の悪いところがありますか 具体的に(　　)	はい・いいえ	
1 か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか 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もよいと言われましたか	はい・いいえ はい・いいえ はい・いいえ	
1 か月以内に家族や友達に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜの病気の方がいましたか 具体的に(　　)	はい・いいえ	
4 週間以内に予防接種を受けましたか 予防接種名(　　)	はい・いいえ	
特別な病気(先天性異常、心臓・腎臓・脳神経の病気、免疫不全症、血液疾患など)にかかったことがありますか　　病名(　　) その病気を診てもらっている医師に予防接種を受けてもいいと言われましたか	はい・いいえ はい・いいえ	
けいれんを起こしたことがありますか (　　)歳頃　　そのとき熱は出ましたか	はい・いいえ はい・いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんま疹が出たり、体の具合が悪くなったことはありますか 具体的に(　　)	はい・いいえ	
近親者の中に先天性免疫不全の方はいますか	はい・いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種名(　　)	はい・いいえ	
近親者の中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	
6 か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの投与を受けましたか	はい・いいえ	
(成人女性のみ)現在妊娠の可能性はありますか	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	

本　人　(ま　た　は　保　護　者)　記　入　欄
医師の診断・説明を受けて予防接種の効果や目的、副反応の可能性などについて理解した上で接種することに同意します　　署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿(接種者本人との続柄＿＿＿＿＿＿)

医　師　記　入　欄
以上の問診および診察の結果予防接種を実施できると判断します 本人および保護者に対して予防接種の効果・副反応およ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　　医師署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

使用ワクチン	用法・用量	接種場所・医師名・接種日
名称:インフルエンザ HA ワクチン 製造番号:	□0.25ml □0.5ml 上腕伸側皮下接種	すくすくこどもクリニック 松本　英樹 接種日: