

【インフルエンザワクチン接種 予診票】

患者 No. _____

実施日 _____

受ける人の氏名 _____

生年月日

〔保護者氏名〕 _____

_____年 _____月 _____日生

- ① “インフルエンザワクチン接種について” の説明文を読み、理解しましたか？
〔 はい ・ いいえ 〕
- ② 前回接種時に異常が〔 なかった ・ あった ・ 初めての接種 〕
異常の内容〔 _____ 〕
- ③ 本日の体温 _____ 度 _____ 分
本日の体調〔 よい ・ 悪い（具体的に： _____ ） 〕
- ④ 以下の病気がありますか？
心臓病 ・ 腎臓病 ・ 肝臓病 ・ 間質性肺炎 ・ 気管支喘息 ・ 血液疾患 ・
免疫不全病 ・ けいれん ・ ひきつけ ・ なし
┆ 現在治療中〔 いいえ ・ はい 〕
┆ 服用している薬〔 _____ 〕
┆ 主治医にワクチン接種の了解をもらっている〔 はい ・ いいえ 〕
- ⑤ 近親者で先天性免疫不全の人が〔 いない ・ いる 〕
- ⑥ 妊娠の可能性が〔 ない ・ ある 〕
- ⑦ 肉や卵のアレルギーが〔 ない ・ ある 〕 / 薬のアレルギーが〔 ない ・ ある 〕
薬〔 _____ 〕
- ⑧ 4週間以内に他の予防接種を〔 うけてない ・ うけた 〕
内容〔 _____ 〕
- ⑨ 1ヶ月以内に病気にかかったことが〔 ない ・ ある 〕
内容〔 _____ 〕

同意欄

ワクチン接種の効果、副反応などについて理解したうえで接種することに
〔 同意します ・ 同意しません 〕。

署名 _____ 〔保護者の場合：続柄 _____ 〕

医師記入

〔 ~ 所見 ~ _____ 〕

接種に問題ないと判断した

施行者サイン _____

接種できないと判断した

Lot No. = _____

医師サイン _____