

# インフルエンザ予防接種 予診票

※太枠内をすべてご記入下さい。

1回目の体温が【37.0度以上】の時、  
2回目の体温を測って下さい。

|         |   |   |
|---------|---|---|
| 診察前の体温① | 度 | 分 |
| 診察前の体温② | 度 | 分 |

|         |     |      |               |        |
|---------|-----|------|---------------|--------|
| 住所      | 船橋市 |      | 電話番号          | ( )    |
| ふりがな    |     | 男・女  | 昭和・平成         | 年 月 日生 |
| 受ける人の氏名 |     | 生年月日 | 3歳以上→(満 歳)    |        |
| 保護者の氏名  |     |      | 3歳未満→(満 歳 ヵ月) |        |

| 質問事項  | 回答欄 |      | 医師記入欄 |
|---|-----|------|-------|
| 1. 今日のインフルエンザ予防接種は今シーズン何回目ですか？  | 1回目 | 2回目  |       |
| 2. 別紙ワクチン説明書を読み内容を理解しましたか？  | いいえ | はい   |       |
| 3. 【接種される方がお子さんの場合】<br>分娩時・出生時・乳幼児健診などで異常がありましたか？   | あった | なかった |       |
| 4. 生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、高血圧、<br>高脂血症、その他の病気、にかかり、医師の治療(投薬など)を受けていますか？<br>“はい”の場合: 病名( ) | はい  | いいえ  |       |
| “はい”の場合: 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  |       |
| 5. 今日、普段と違って体に具合の悪いところがありますか？<br>“はい”の場合: 症状( )   | はい  | いいえ  |       |
| 6. 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<br>などの病気の方がいましたか？<br>“はい”の場合: 病名( )                    | はい  | いいえ  |       |
| 7. 最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか？<br>“はい”の場合: 予防接種の種類( )  | はい  | いいえ  |       |
| 8. これまでにインフルエンザやその他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？<br>“はい”の場合: 予防接種の種類( )                                  | はい  | いいえ  |       |
| 9. ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか？  | はい  | いいえ  |       |
| 10. 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  |       |
| 11. ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか？ ( )歳頃<br>“はい”の場合: そのとき熱がでましたか？   | はい  | いいえ  |       |
| 12. 今まで間質性肺炎や気管支ぜんそくなどの呼吸器系疾患と診断されたことがありますか？  | はい  | いいえ  |       |
| 13. 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  |       |
| 14. 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  |       |
| 15. 今日の予防接種について質問がありますか？  | はい  | いいえ  |       |
| 16. (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？   | はい  | いいえ  |       |
| 17. その他、医師に伝えておきたいことがありましたら下記にご記入下さい。   |     |      |       |

必読  
説明書参照

医師の記入欄  
 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は ( 見合わせる ・ 可能 )。  
 本人(保護者)に対して、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに予防接種健康被害救済制度について、説明しました。  
 医師の署名又は記名押印 矢口高基

本人(保護者)の記入欄  
 医師の診察・説明を受け、別紙説明書を読み、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの  
 有益性、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、インフルエンザの予防接種を( 希望しません ・ 希望します )。  
 成人→ 平成 年 月 日 本人署名 \_\_\_\_\_  
 高校生まで→ 平成 年 月 日 保護者署名 \_\_\_\_\_  
 ※小学生までは保護者同伴が必要。高校生までは保護者署名が必要です。

忘れずに！

| 実施場所・医師名                               | 接種量                               | 接種年月日・ワクチンメーカー名・ロット番号 |
|--|-----------------------------------|-----------------------|
| 船橋市宮本2-1-18<br>やぐち内科クリニック<br>接種医師 矢口高基 | 0.25mL (0歳6ヶ月～2歳)<br>0.5mL (3歳以上) |                       |

※当問診票はやぐち内科クリニック専用で、医師の印鑑が無いものは無効です。