

みぞぐち小児科医院 インフルエンザ予防接種 予診票

任意接種用

※接種希望の方は、太ワク内をご記入ください。

診察前の体温 _____ 度 分

住所	TEL () -		
フリガナ	男 女	生年 月日	昭和・平成・令和
受ける人の氏名			年 月 日生
(保護者の氏名)			(歳 ヶ月)

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 予防接種について説明文を読んで理解しましたか	いいえ	はい	
2. 今日受けるインフルエンザの予防接種は今シーズン1回目ですか	いいえ (回目)	はい	
3. 【予防接種を受けられる方がお子さんの場合】 分娩時、出産時、乳幼児健診などで異常がありましたか	ある (具体的に)	ない	
4. 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか	ある (具体的に)	ない	
5. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか	はい (病名)	いいえ	
6. 最近1ヶ月以内に熱が出たり、何か病気にかかったりしましたか	はい (病名)	いいえ	
7. 最近1ヶ月以内に近親者や周囲に麻しん (はしか)、風しん、 水痘 (みぞずぼうそう)、おたふくかぜなどにかかった方がいますか	いる (病名)	いない	
8. 最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか	はい (予防接種名)	いいえ	
9. これまで予防接種を受けて特に具合が悪くなったことがありますか	ある (予防接種名・症状)	ない	
10. 今までに特別な病気 (先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症、悪性腫瘍、その他の病気) にかかり、医師の診断を受けたことがありますか	ある (具体的に)	ない	
(“ある”の場合) 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良いといわれましたか	いいえ	はい	
11. 今までにひきつけ (けいれん) を起こしたことがありますか	ある 回ぐらい 最後は 年 月ごろ	ない	
12. 今までに間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断され、 現在治療中ですか	ある 年 月ごろ 現在 (治療中・治療していない)	ない	
13. 薬や食品 (鶏卵、鶏肉など) 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	ある (薬、食品名)	ない	
14. 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	いる	いない	
15. 近親者に先天性免疫不全と診断された方はいますか	いる	いない	
16. 【女性の方へ】現在、妊娠していますか	はい	いいえ	
17. 今後2週間以内に新型コロナワクチンの予約がありますか	ある	ない	
18. 今日の予防接種について質問がありますか	ある (具体的に)	ない	

医師の記入欄：以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は (実施できる・見合わせた方がよい) と判断します。
本人 (もしくは保護者) 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、
説明した。 医師の署名又は記名押印： 溝口 康弘、 溝口 達弘、 原 直子

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た上で、接種をすることを (希望します・希望しません) 本人の署名 (もしくは保護者の署名)

使用ワクチン名・メーカー名	用法・容量	実施場所・医師名・接種日時	
インフルエンザHAワクチン	皮下接種 右上腕 ・ 左上腕 □ 0.25mL (6ヶ月以上3歳未満) □ 0.5mL (3歳以上)	実施場所	医療法人みぞぐち小児科医院
		医師名	溝口 康弘、 溝口 達弘、 原 直子
		接種日時	年 月 日 時 分