

記入例

インフルエンザHAワクチン予防接種予診票

任意接種用

検温は当院で行います。

※接種希望の方は、太ワク内のみご記入ください。回答欄にはどちらかに○印をつけてください。
 ※子どもさんの場合には、健康状態をよく把握している保護者をご記入ください。

住 所	秋田市土崎〇〇〇		TEL (090) ##### - #####
フリガナ	ツチザキ タロウ	<input checked="" type="radio"/> 男	明治 大正 <input checked="" type="radio"/> 昭和 平成
受ける人の氏名	土崎 太郎	<input type="radio"/> 女	生年月日 60 年 1 月 1 日生
(保護者の氏名)			(37 歳 10 カ月)

該当部分を記入願います。

質問事項	回答欄	医師記入欄
1. 今日受ける予防接種について説明文(裏面)を読んで理解しましたか。	いいえ	<input checked="" type="radio"/> はい
2. 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか。	はい 具体的に()	<input checked="" type="radio"/> いいえ
3. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 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 病名() はい いいえ 特に尋ねていない	<input checked="" type="radio"/> いいえ
4. 最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか。	はい 病名()	<input checked="" type="radio"/> いいえ
5. 特別な病気(先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・脳神経の病気、免疫不全症、血液疾患、その他)にかかったことがありますか。	はい 病名()	<input checked="" type="radio"/> いいえ
6. 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がありますか。	はい 薬名・食品名()	<input checked="" type="radio"/> いいえ
7. けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
8. 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たことはありますか。	はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
9. 今日受けるインフルエンザ予防接種は、今シーズン1回目ですか。	いいえ 前回の接種(月 日)	<input checked="" type="radio"/> はい
10. インフルエンザ予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。	はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
11. インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことがありますか。	はい 予防接種名()	<input checked="" type="radio"/> いいえ
12. 4週間以内に生ワクチンの予防接種を受けましたか。 又は1週間以内に不活化ワクチンの予防接種を受けましたか。	はい 予防接種名()	<input checked="" type="radio"/> いいえ
13. 近親者に先天性免疫不全症の方がいますか。	はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
14. 1ヵ月以内に近親者や周囲で麻疹(はしか)、風しん、水痘(みずぼうそう)、おたふくかぜなどにかかった方はいますか。	はい 病名()	<input checked="" type="radio"/> いいえ
15. 【女性の方に】現在妊娠していますか。	はい	<input checked="" type="radio"/> いいえ
16. 【接種を受けられる方が子どもさんの場合】 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。 出生体重()g	はい 具体的に()	<input checked="" type="radio"/> いいえ
17. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや質問があれば、 具体的に記入ください。		

はい、いいえをご記入ください。

医師記入欄

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 ・ 見合わせた方が良い)と判断します。
 本人または、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す。

医師の署名又は記名押印

説明文を読み、理解した上で接種を希望される方は「同意します」を○で囲んでください。

本人(保護者)記入欄

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することに
 (同意します ・ 同意しません)。

署名 **土崎 太郎** (代筆者の場合：続柄) (なお被接種者が日書できない場合は代筆者が署名し、被接種者との続柄を記載してください。)

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
<input type="checkbox"/> インフルエンザHAワクチン[KMB] Lot No. : カルテNo. : (販売 : Meiji Seika ファルマ株式会社)	皮下接種 <input type="checkbox"/> 0.5mL(3歳以上) <input type="checkbox"/> 0.25mL(6ヵ月以上3歳未満)	実施場所 : 医師名 : 接種日時 : 年 月 日 時 分

記載頂きました個人情報(ワクチン接種の予診)に関するのみ使用いたします。

ご署名をお願いします。
代筆の場合は続柄もご記入ください。