

※接種希望の方は、太ワク内のみご記入下さい。回答欄にはどちらかに○印をつけて下さい。

※お子さんの場合には、健康状態をよく把握している保護者をご記入下さい。

診察前の体温 度 分

住 所	TEL ( )	—	
(フリガナ)	( )	男	生年
受ける人の氏名		・	明治
(保護者の氏名)		女	大正
		月	年
		日	月
			日生
			( 歳 カ月)

質 問 事 項	回 答 欄	
1. 今日受ける予防接種について説明文(裏面)を読んでも理解しましたか。	いいえ	はい
2. 今日、体に具合の悪いところがありますか。	ある(具体的に)	ない
3. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。	はい(病名) 薬をのんでいますか(いる・いない)	いいえ
4. 最近1ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか。	はい(病名)	いいえ
5. 今までに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、免疫不全症など)にかかり医師の診察を受けていますか。	いる(病名)	いない
(“いる”の場合)その主治医に、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	いいえ	はい
6. これまで間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患と診断され、現在、治療中ですか。	はい 年 月ごろ (現在治療中・治療していない)	いいえ
7. 近親者に先天性免疫不全と診断された方がいますか。	はい	いいえ
8. 今までにけいれん(ひきつけ)をお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
9. 薬や食品(鶏肉、鶏卵など)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(薬または食品の名前)	ない
10. インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。	はい	いいえ
①前回受けたのは( 年 月頃)		
②その際に具合が悪くなったことはありますか。	ある(症状: )	ない
③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。	ある(予防接種名: ) (症状: )	ない
11. 1ヵ月以内に家族や周囲で麻疹、風疹、水痘、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
12. 1ヵ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
13. (女性の方に)現在妊娠していますか。	はい	いいえ
14. (接種を受けられる方がお子さんの場合)分娩時、出生時、乳幼児検診などで異常がありましたか。出生体重( )g	ある(具体的に)	ない
15. 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

## 医師の署名

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる)

本人に対して、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た。

## 本人記入(もしくは保護者)

医師の診断・説明を受け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

(代筆者の場合: 続柄)

(なお、被接種者が自署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。)

名 称: インフルエンザHAワクチン	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
メーカー名: デンカ生研株式会社	皮下接種	実施場所:
Lot No.:	□ 0.25mL	医師名:
	(6ヵ月以上3歳未満)	接種日時: 平成 年 月 日
カルテ No.	□ 0.5mL	時 分
	(3歳以上)	