

インフルエンザHAワクチン接種 予診票・希望書

【任意接種用】

【ワクチン接種希望者情報】

* 接種希望の方へ: 太ワク内にご記入ください

診察券番号	
診察前の体温	度 分
電話番号	() - ()

住所	(〒 —)		
フリガナ		男	生年月日
氏名		女	明治 大正 昭和 平成 令和
(保護者の氏名)			年 月 日生 (歳 ヶ月)

質問事項	回答欄	医師記入欄
今日受ける予防接種について説明文書を読んで理解できましたか	いいえ	はい
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 ※ 生後6ヵ月～13歳未満は2回接種です	いいえ () 回目 前回の接種は 年 月 日(左・右)	はい
今日、体に具合の悪いところがありますか	はい(具体的に)	いいえ
現在、何かの病気で病院等へ受診していますか	はい(病名)	いいえ
・ その場合、治療(投薬など)を受けていますか ※ 受けている場合には、()へ具体的な内容をご記入下さい	はい ()	いいえ
・ 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いわれましたか	はい	いいえ
最近1か月以内に病気にかかりましたか	はい (病名)	いいえ
これまでに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、免疫不全症、その他の病気)にかかり、医師の診察を受けたことがありますか	はい (病名)	いいえ
これまでに間質性肺炎や気管支喘息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 (年 月頃) 現在治療中 ・ 治療していない	いいえ
これまでにけいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか	はい (回くらい) (最後は 年 月頃)	いいえ
これまでに薬や食品(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発疹が出たり、体の具合が悪くなったことはありますか	はい (薬・食品名:)	いいえ
近親者の中に予防接種を受けて、具合の悪くなった方はいますか	はい(予防接種名)	いいえ
近親者の中で先天性免疫不全症と診断された方はいますか	はい	いいえ
最近1か月以内に家族や周囲で麻しん、風しん、おたふくかぜなどにかかった方はいますか	はい(病名)	いいえ
最近1か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
これまでに予防接種を受けて、具合が悪くなったことがありますか	はい(予防接種名) (症状)	いいえ
(予防接種を受けられる方がお子さまの場合) 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか	はい (具体的に)	いいえ
(女性の方に) 現在、妊娠していますか	はい	いいえ
その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ

医師の記入欄	
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ました 以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は右記の通り判断します	実施可 ・ 見合わせ
医師署名 又は 記名捺印 _____	

接種者本人記入(もしくは保護者)	
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応の可能性などについて理解された上で、下記の選択肢を○で囲ってください 本日のワクチン接種について右記の通り相違ありません	接種を希望します ・ 接種を希望しません
本予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としており、必要時本予診票が市町村に提出されることへも同意します	
<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 接種希望者署名 (代筆者の場合: 続柄 _____) </div>	
(接種希望者が自署できない場合、代筆者が署名し、被接種者との続柄を記載ください。)	

使用ワクチン名		用法	容量	接種回数	医療機関名・医師名・接種年月日	
名称	インフルエンザHAワクチン	皮下注	0.5ml	1 回目	医療機関名	武蔵野徳洲会病院
メーカー名	[シールを貼付]		0.25ml	2 回目	医師名	
製造番号					接種年月日	年 月 日

※ 記載いただきました個人情報 Wakuchin 接種に関する予診にのみ使用します