

インフルエンザ予防接種予診票

武蔵野市医師会

フリガナ		男・女	生 年 月 日	昭和 平成 令和	年	月	日生
受ける人の氏名				(満	歳)		
住所							
電話番号		診察前の体温		度		分	

下の表のあてはまるところに✓を入れ、必要事項を記入してお持ちください。

質 問 事 項	回 答 欄	医 師 記 入 欄
今日のインフルエンザの予防接種について説明書を読みましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
現在何か病気にかかっていますか 病名()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
治療(ステロイド剤やその他の投薬など)を受けていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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良いと言われましたか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日、体の具合が悪いところがありますか 具合の悪い症状を書いてください()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか 病名()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか 病名()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
4週間以内に予防接種を受けましたか 予防接種名()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
その際に具合が悪くなったことはありますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか ()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

医 師 記 入 欄	以上の問診及び診察の結果、今日の接種は (<input type="checkbox"/> 実施できる ・ <input type="checkbox"/> 見合わせた方がよい) と判断します。 本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度 について、説明をしました。	医療機関等コード <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>										
接種年月日 ※記入例) 4月1日～04月01日 <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;">2</td> <td style="width: 20px;">0</td> <td style="width: 20px;">2</td> <td style="width: 20px;">年</td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;">月</td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;">日</td> </tr> </table>	2	0	2	年			月			日	医療機関名 医師署名 又は記名押印	
2	0	2	年			月			日			

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種を希望します。

①被接種者自署 _____ ②代筆者氏名 _____ ③本人との続柄() _____

※自署できない者は代筆者が①に被接種者名を記入し、②代筆者氏名及び③被接種者との続柄を記入してください。

使用ワクチン	ロット番号 ※ワクチンシールを貼付する。もしくはロット番号を記入する。	有効年月日	接種量 ※皮下接種
インフルエンザHAワクチン		(注)有効年月日が過ぎていないか要確認 年 月 日 有効年月日が記載されたシールを貼付する場合は記入不要	0.5ml