１回目　・　２回目

インフルエンザ予防接種予診票

診察前の体温	度　　分

住　　所		
電 話 番 号		
フ リ ガ ナ		男 ・ 女
氏　　名		
生 年 月 日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日生　（　　歳　　ヶ月）	

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。	はい	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。	はい	いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか。 病 名　（　　）	はい	いいえ	
治療（投薬など）を受けていますか。	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言われましたか。	はい	いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
今日、体に具合の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。　（　　）	はい	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。	はい	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。	はい	いいえ	
①その際に具合が悪くなったことはありますか	はい	いいえ	
②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はありますか	はい	いいえ	
ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。	はい	いいえ	
１カ月以内に予防接種を受けましたか。予防接種の種類（　　）	はい	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（　　）	はい	いいえ	
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よいと言われましたか。	はい	いいえ	
最近１ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名（　　）	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

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　　（代筆者の場合：続柄　　）

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（ 可能 ・ 見合わせる ） 本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明。 医師署名又は記名押印

ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
Lot No.	ｍｌ	実施場所　たけのこキッズくりにっく 医師指名　塩見 和之 接種年月日　令和　年　月　日