

住所				診察前の体温	度	分
フリガナ		男	生年月日	明大昭平	年	月 日
氏名	(保護者氏名)	女			(満	歳)

質問事項	回答欄		医師記入欄
過去に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	
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	
これまでにインフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。	はい	いいえ	
予防接種の種類()			
昨年(昨年度)はインフルエンザの予防接種を受けましたか。	はい	いいえ	
接種後にインフルエンザにかかりましたか。	はい	いいえ	

現在、何か病気にかかっていますか。	はい	いいえ	
病名()			
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、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	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。	はい	いいえ	
具体的な症状を書いてください。()			
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。	はい	いいえ	
病名()			
その病気をみてもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	はい	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。	はい	いいえ	
病名()			
最近1ヶ月以内に、家族や周囲の人に、インフルエンザ、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気にかかった方がいましたか。	はい	いいえ	
(病名)			
最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。	はい	いいえ	
予防接種の種類()			
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	
薬や食品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	いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。()歳頃	はい	いいえ	
ある場合は、そのとき熱が出ましたか。	はい	いいえ	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか。	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	
(女性のみ)現在妊娠している、又は妊娠している可能性はありますか。	はい	いいえ	

過去にアルコール消毒でアレルギー反応が出たことがありますか？	はい	いいえ	
--------------------------------	----	-----	--

<p>医師の記入欄</p> <p>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)</p> <p>本人もしくは保護者に対して、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに予防接種健康被害救済制度について、説明をした。</p> <p style="text-align: center;">医師の署名又は記名押印</p>
--

<p>被接種者の記入欄</p> <p>医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、ワクチンの接種を (希望します ・ 希望しません) (20未満の方は保護者の方の署名をお願いします)</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日 本人自署</p>

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量	接種部位	実施場所・接種年月日	医師名
メーカー名	□0.5mL	左	実施場所 長尾クリニック	長尾典尚
Lot No.	□0.25mL	上腕伸側		
	□()mL	右	接種年月日 平成 年 月 日	馬場貴仁