

インフルエンザワクチン接種予診票

(個人)

☆太枠内を、黒のボールペンにてご記入ください。(消えるボールペン使用不可)

フリガナ		T E L	—
氏 名			
性 別	男 ・ 女	(受付使用欄)	① 度 分
生年月日	昭・平 年 月 日 (満 歳)	診察前の体温	② 度 分
住 所			

領収書 ☐ 不要 (レシート) ☐ 必要 ※宛名 (氏名以外の場合のみご記入ください)

以下の質問に、ご回答ください。

質問事項	回答欄		医師記入欄
本日受ける予防接種についての説明文を読みましたか。	いいえ	はい	
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。	いいえ	はい	
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。 その病気の主治医には、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。 また、近親者に免疫不全と診断された方がいますか。	はい	いいえ	
今日体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状を書いてください。()	はい	いいえ	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患、間質性肺炎、気管支喘息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。	いいえ	はい	
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()	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に、家族や友人に、インフルエンザ、麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。(病名)	はい	いいえ	
最近1ヶ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	
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。 前回受けたのは(年 月頃)	いいえ	はい	
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。 予防接種の種類()	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	
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	
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。 その主治医には、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	
アルコール綿でかぶれたことがありますか。	はい	いいえ	

医師の記入欄

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・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。

医師の署名又は記名押印

被接種者の記入欄

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、以下のワクチンの接種を (希望します ・ 希望しません)。

本人自署

西暦 年 月 日 (保護者)

使用ワクチン	用途・用量	実施場所・医師名・接種年月日	
名 称 : インフルエンザHAワクチン	皮下接種	実 施 場 所	一般財団法人 宮城県成人病予防協会 中央診療所
メーカー名 :	0.5 ml	医 師 名	飯島 秀弥
LOT No. :		接種年月日	2025 年 月 日 時 分

右 左 サイン