

インフルエンザワクチン予診票

記入日： 年 月 日

下の質問事項の当てはまる所に、記入または○でかこんでください。

今日の体温は何度でしたか。	時 頃 度 分
今日体に具合の悪いところがありますか。 (症状)	いいえ ・ はい
最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか。 (病名)	いいえ ・ はい
最近2ヶ月以内に家族や遊び仲間に、麻しん、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)	いいえ ・ はい
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。 (予防接種名 月 日接種)	いいえ ・ はい
今までに心臓、腎臓、肝臓などの病気をしたことがありますか。 (病名)	いいえ ・ はい
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。	いいえ ・ はい
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。 ()	いいえ ・ はい
これまでに予防接種を受けて変わったことがありましたか。 (予防接種名) (いつ頃)	いいえ ・ はい
6ヶ月以内にガンマグロブリンの接種を受けましたか。	いいえ ・ はい
現在、妊娠していますか。	いいえ ・ はい
その他 ()	

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(実施できる・見合わせた方がよい)と判断します。
本人(保護者)に対して予防接種の効果・副反応及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。

医師署名又は記名捺印 _____

本人記入(もしくは保護者)

医師の診断・説明を受け予防接種の効果や目的、副反応の可能性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) どちらかを○で囲んでください。

署名 _____

(代表者の場合：続柄 _____)

(なお、被接種者が自署できない場合は代筆者が署名し、被接種者との続柄を記載してください。)

使用ワクチン名	用法・用量、接種部位	接種場所・医師名・接種日時
名称： メーカー名： 製造番号：	皮下接 ml 接種部 左・右 上腕伸側部	医療機関名：キャッスルキッズクリニック 医師名：武内 俊 接種日時： 年 月 日 時 分