

予診票のご記入前に説明文をお読み下さい

Lot No. _____

インフルエンザ予防ワクチン接種予診票

*ボールペンでご記入下さい。

健康保険証の				記号				番号				会社名			
従業員番号				フリガナ				生年月日				西暦 年 月 日生 (歳)			
氏名				男				女				本日の体温 度 分			

質問事項	回答欄	
1. 予防接種についての説明文を読みましたか	はい	いいえ
2. 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
3. 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、予防接種を受けて良いと言われましたか	はい	いいえ
4. これまでに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、免疫不全症、その他の病気)にかかり、医師の診察を受けましたか 病名()	はい	いいえ
5. これまで間質性肺炎や気管支喘息等の呼吸器系疾患と診断され、現在、治療中ですか ()年()月頃 現在治療中 ・ 治療していない	はい	いいえ
6. 今日、体の具合の悪いところがありますか あれば、その症状をお書き下さい ()	はい	いいえ
7. 1か月以内に熱が出たり、病気にかかった事がありますか 病名()	はい	いいえ
8. 最近1か月以内に、家族や職場の仲間に、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の方がいましたか 病名()	はい	いいえ
9. 1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名() 接種日(月 日)	ある	ない
10. 新型インフルエンザ又は季節性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事がありますか	はい	いいえ
11. 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事がありますか 予防接種名()	はい	いいえ
12. 薬や食品(鶏卵、鶏肉など)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事がありますか	ある	ない
13. ひきつけ(けいれん)をおこした事がありますか ()歳頃	はい	いいえ
14. 近親者に先天性免疫不全と診断された方はいますか	はい	いいえ
15. 女性の方へ 現在妊娠の可能性はありますか	ある	ない
16. 今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ

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、私は今日の予防接種を希望します。

本人のサイン _____

<p>医師判定 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を及び副反応なら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>医師のサイン _____</p>	精算
<p>接種日 年 月 日 接種場所</p>	