

# 2020年度 インフルエンザワクチン接種予診票

★紙紙注意事項を事前にお読みになり十分に理解してから、ボールペン(鉛筆・消せるペンは不可)で正確に記入してください。

## 本人記入欄

この予診票はワクチン接種の安全性を確保する目的のみに使用します。 予診票に記載頂いた個人情報を一般財団法人日本予防医学協会に提出することに同意しますか。				同意する		同意しない	
事業所名			事業所CD				
所属名称		社員番号		勤務連絡先( )		—	
				緊急時連絡先【本人以外】( )		—	
被接種者名 (カナ)		性別		年齢		生年月日	
(漢字)		男 女		歳		(西暦)	
						年 月 日	

皮膚消毒にアルコールを使いますが、アルコール過敏症はありますか。	はい	いいえ
----------------------------------	----	-----

★下表の当てはまるところに記入をするか、○で囲んでください。

質問	回答	医師記入欄
今日の予防接種について説明書を読みましたか。	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
1ヵ月以内に他の予防接種を受けたことがありますか。	ある:下に具体的に記入 ( )	ない
今日、体に具合の悪いところがありますか。 今なくても、1ヵ月以内にあれば書いてください。	ある:下に具体的に記入 [ ]	ない
先天性異常・心臓・腎臓・肝臓・脳神経・免疫不全症・血液などの病気にかかっていますか。	いる:下に病名記載 ( )	いない
診てもらっている医師に今日の予防接種を受けて良いといわれましたか。	いいえ	はい
今までにひきつけ(けいれん)を起こした事がありますか。	ある:(いつ )	ない
1ヵ月以内に家族内や勤務先の職場内で何か病気がはやりましたか。	はい:(病名 )	いいえ
薬や食品、ゼリー、卵などで皮膚に発疹や蕁麻疹が出たことがありますか。	ある:(原因 )	いいえ
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか。	はい	いいえ
今までに予防接種を受けてあなたやご家族で具合が悪くなった方がいますか。	いる	いない
6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか。	はい	いいえ
今までにインフルエンザの予防接種を受けて腫れたり熱が出たりしましたか。	はい:(腫れ・発熱・その他) 詳細	いいえ
今日の予防接種について質問がありますか・健康状態について心配なことがありますか?あればご記入ください。		

★ここから下は、医師の診察後に記入します

		診察前の体温	°C
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		適	不適(理由)
本人記入欄 説明・医師の診察を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で予防接種を希望されますか		希望します	希望しません
		本人署名欄	
接種(不適)年月日	年 月 日	実施医療機関名 一般財団法人日本予防医学協会	
製薬会社名・ワクチンLOTNo.			
有効期限	年 月 日		
接種量	0.5ml		

『インフルエンザ予防接種予診票』は、両面印刷してください。

○表面の記入例○

インフルエンザ予防接種予診票		任意接種用	
*接種希望の方へ：太枠内にご記入下さい。 *お子さんの場合には、健康状態をよく把握している保護者をご記入下さい。		診察前の体温	36 度 4 分
住 所	大阪府大阪市中央区本町〇丁目〇-〇		TEL 12 ) 3456 - 7891
受ける人の氏名	アイデーエー ハナコ IDA 花子	男 生年	明治・大正・昭和・平成 6 年 10 月 1 日生
(保護者の氏名)		女 月日	( 26 歳 1ヵ月)
質 問 事 項	回 答 欄	医師記入欄	
1. 今日受ける予防接種について説明文(裏面)を読んで理解しましたか。	いいえ	はい	
2. 今日受けるインフルエンザ1回目ですか。	はい	はい	
3. 今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい 具体的に( )	いいえ	
4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 ・その場合、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もよいと言われましたか。	はい 病名( ) はい・いいえ はい・いいえ	いいえ	
5. 最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか。	はい 病名( )	いいえ	
6. 今までに特別な病気(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。	はい 病名( )	いいえ	
7. 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。	はい( )年( )月頃 (現在治療中・治療していない)	いいえ	
8. 今までにひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい( )回ぐらい 最後は( )年( )月頃	いいえ	
9. 薬や食品(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発しん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 薬または食品の名前( )	いいえ	
10. 近親者に先天性免疫不全と診断された方がいますか。	はい	いいえ	
11. 1ヵ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。	はい 病名( )	いいえ	
12. 1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。	はい 予防接種の種類( )	いいえ	
13. これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。	はい 予防接種名・症状( )	いいえ	
14. (女性の方に)現在妊娠していますか。	はい	いいえ	
15. (接種を受けられる方がお子さんの場合)分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。	はい 具体的に( )	いいえ	
16. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや質問があれば、具体的に書いて下さい。			
<b>医師の記入欄：</b> 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) 医師の署名又は記名押印 本人(もしくは保護者)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き救済について、説明した。			
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、接種を希望しますか。 <input checked="" type="checkbox"/> 接種を希望します <input type="checkbox"/> 接種を希望しません		本人の署名(もしくは保護者の署名) IDA 花子 (※自署できない際は代筆者が署名し、代筆者氏名及び接種者との続柄を記載。続柄)	
使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種年月日	
インフルエンザHAワクチン <input type="checkbox"/> 化血研 <input type="checkbox"/> デンカ生研	Lot. #		
カルテNo.	<input type="checkbox"/> 0.25mL(6ヵ月以上3歳未満)	接種年月日： 平成 年 月 日	
記載頂きました個人情報はワクチン接種の予診に関してのみ使用致します。			

当日朝体温を測って記入してください。

忘れないように記入してください！