細川医院

インフルエンザ予防接種の予診票

接種予約日：令和_8年___月___日

住所		診察前の体温	度
氏名フリガナ		男・女	電話番号	
氏名			生年月日	大正・昭和・平成・令和　年　月　日 （　歳　ヵ月）

	質問事項	回答欄		医師記入
1	今日のインフルエンザの予防接種について、市などが提供している情報を読みましたか。	はい	いいえ	
2	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。	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、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	はい	いいえ	
4	免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
5	今日体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状をお書きください。（　）	はい	いいえ	
6	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。 病名（　）	はい	いいえ	
7	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言われましたか。	はい	いいえ	
8	最近1ヶ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	
9	最近1ヶ月以内に、家族や遊び仲間に、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	
10	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	
11	新型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ことはありますか。	はい	いいえ	
12	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	
13	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	
14	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	
15	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	
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	
17	（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	

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ました。 医師の署名又は記名押印　細川　尚三

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　）。 ☑　インフルエンザHAワクチン（3価ワクチン）〔国内産ワクチン〕		
	接種期日	令和 8 年　月　日	本人または保護者自署

ワクチンメーカー名、ロット番号		接種量	実施場所・医師名・接種年月日	
メーカー名	Meiji Seika ファルマ	左 ・ 右	実施場所	医療法人細川医院
Lot No.	インフルkmb 579A	0.5 ・ 0.25 ml	医師名	細川　尚三
有効期限	2027年7月8日		接種年月日	令和　8　年　月　日