

インフルエンザ予防接種予診票 任意接種用

フルミスト点鼻液用

住所		体温		
フリガナ 受ける方の氏名		男 女	生年 月日	H R 年 月 日 (満 歳 か月)
保護者の氏名		電話		

質問事項	回答欄	
今日受けるインフルエンザの予防接種は10月以降初めてですか。	はい	いいえ
今日受けるインフルエンザ予防接種についての説明文を読み、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	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も良いと言われましたか	はい	いいえ
今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全にかかり医師の診断を受けた事がありますか その他の病気にかかり医師の診断を受けていますか 病名 ()	はい	いいえ
今日、体に具合の悪いところがありますか 具合の悪い症状を書いてください。()	はい	いいえ
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
近親者の中で先天性免疫不全症と診断された方はいますか	はい	いいえ
1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか	はい	いいえ
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(年 月 日)	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 その際に具合が悪くなったことはありますか インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことがありますか 予防接種名()	はい	いいえ
薬や食品、(鶏肉、鶏卵など)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(歳ごろ)	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
●13歳以上の女性へ● 現在、妊娠している可能性はありますか	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
【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 [可能 ・ 見合わせる] 本剤の接種対象者が2歳以上19歳未満であることを確認した 医師サイン		
【本人記入欄】 医師の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 (代筆者の場合：続柄)		

ワクチンロット番号	接種量	実施医療機関・医師名
	点鼻 (各鼻腔0.1ml噴霧) 0.2ml	実施医療機関 市立野洲病院 医師名 接種年月日