

インフルエンザ HA ワクチン予防接種予診票（任意接種）

（ 1 回目 ・ 2 回目 ）

住所		体温	度 分	
(ふりがな)		男 女	生年	S.H.R 年 月 日生まれ
氏名			月日	(歳 か月)
保護者の氏名		TEL	—	—

	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書（「予防接種と子どもの健康」など）を読みましたか	いいえ はい	
2	今日、体調が悪いところがありますか	はい () いいえ	
3	最近1カ月以内に病気にかかりましたか	はい () いいえ	
4	1カ月以内に周囲で麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜにかかった方がいますか	はい () いいえ	
5	4週間以内に予防接種を受けましたか ※必ず母子手帳で確認して下さい	はい (月 日) () いいえ	
6	今日のインフルエンザワクチンは今シーズン1回目ですか	いいえ 前回接種 (月 日) はい	
7	今までに予防接種で具合が悪くなったことはありますか	はい () いいえ	
8	今までに特別な病気（先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気）にかかり医師の診察を受けていますか はいの場合、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	はい () いいえ はい	
9	今までにけいれんをおこしたことがありますか	はい (いつ) いいえ	
10	薬や食べ物のアレルギーはありますか	はい () いいえ	
11	(女性の方に) 現在妊娠していますか	はい いいえ	
12	(お子さんの) 分娩時、出生時、健診で異常がありましたか	はい () いいえ	
13	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 本日の予防接種は（可能・見合わせる）		医師のサイン	

医師の診断・説明を受け予防接種の効果や目的、副反応の可能性について理解した上で接種することに同意します	本人（保護者）のサイン
---	--------------------

使用ワクチン名	接種量・部位（皮下）	実施場所 春日市春日原東町 3-36 横山小児科医院
Lot No	左 ・ 右	医師名 横山隆人
	0.25ml 0.5ml	接種年月日