

インフルエンザH A ワクチン予防接種予診票（成人用）

		診察前の体温		度	分	（平熱	度	分）
住所					電話番号	（ ）		
ふりがな	-----				男	昭和・平成・令和 年 月 日 （満 歳）		
受ける人の氏名					女			

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について説明書を読みましたか	いいえ	はい	
今日体に具合の悪いところがありますか 症状（ ）	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名（ ） いつ（ 月 日 ～ 月 日）	はい	いいえ	
1か月以内に家族や周囲に麻しん、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（ ） いつ（ 月 日 ～ 月 日）	はい	いいえ	
2週間以内に新型コロナウイルスワクチンの予防接種を受けましたか、または接種予定がありますか いつ（ 月 日 ）	はい	ない	
生まれてから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 → 病名（ ）	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 熱があるとき 回 熱がないとき 回 最終 年 月 日	はい	いいえ	
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 何で（ ） 症状（ ）	はい	いいえ	
鶏卵、鶏肉、その他の鶏の成分を含む食品でアレルギーなどの症状が出たことがありますか	はい	いいえ	
本人または家族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	
今までに気管支喘息と診断されたことはありますか	はい	いいえ	
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 予防接種名（ ） 症状（ ）	ある	ない	
家族に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか 誰が（ ） 予防接種名（ ） 症状（ ）	はい	いいえ	
6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンを受けましたか 何のため（ ）	はい	いいえ	
現在妊娠していますか、あるいは妊娠している可能性はありますか （女性の方のみお答えください）	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問はありますか どのようなことですか（ ）	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） 医師の記名・押印 印			

予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか （はい・見合わせる） 本人のサイン
--

接種（予診）年月日	年 月 日		ワクチン名	インフルエンザH A ワクチン チメロサル（ なし ・ あり ）
区分	1回目	2回目	ロット番号	
実施場所	瀬谷小児科クリニック		接種量 （皮下接種）	（ ○ ） 13歳以上 0.5 ml × 1回もしくは2回
医師名			成人	