

インフルエンザ予防接種 問診票

No

*太ワク内をご記入下さい

カルテNo		保険証確認要	診察前の体温	度	分
フリガナ	男	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年		
氏名	女		月 日生 (歳)		
現住所 〒					
連絡先 ()					
勤務先名 連絡先 ()					

質問事項	回答欄	
① 今日受けられる予防接種について説明文を読んで理解しましたか	はい	いいえ
② 今日受けられるインフルエンザの予防接種は今シーズン何回目ですか	1回目	2回目
③ 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか (具体的に)	ある	ない
④ 現在、何かの病気で医師にかかっていますか (病名)	はい	いいえ
⑤ 最近1ヶ月以内に何か病気にかかりましたか (病名)	はい	いいえ
⑥ 最近1ヶ月以内に近親者や周囲に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどに かかった方がいますか (病名)	いる	いない
⑦ 最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか (予防接種)	はい	いいえ
⑧ 今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	ある	ない
⑨ 今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症、 悪性腫瘍、その他の病気)にかかり、医師の診断を受けたことがありますか (具体的に)	ある	ない
(“ある”の場合) その病気を診てもらっている医師に、今日の予防接種を 受けてよいといわれましたか	はい	
⑩ 今までに気管支喘息と診断されたことがありますか	ある	ない
⑪ 薬や食品(鶏卵、鶏肉など)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 (薬・食品名)	ある	ない
⑫ 近親者の中に予防接種を受けて、具合が悪くなった方はいますか	いる	いない
⑬ 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	いる	いない
⑭ 【女性の方に】現在、妊娠していますか (週)	はい	いいえ
⑮ その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば具体的にご記入下さい(投薬状況など)		

医師記入欄：

以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は(可能 ・見合わせる)

医師署名：

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果、副反応などについて理解した上で、
今日の予防接種を受けますか。(受けます ・見合わせます)

署名：

使用ワクチン名	接種量	実施場所	接種日時
インフルエンザHAワクチン	皮下接種 0.5 mL	実施場所	接種日時 平成 年 月 日