

インフルエンザ自費予防接種予診表（公費利用の方は公費用の間診票にご記入ください。）

個人負担金 (医療機関記入)	※今期免除になるのは65歳以上で ① 自費（全額自己負担） 無料券をお持ちの方のみです。		体温	_____度 _____分 <input type="checkbox"/>
住所	埼玉県			
受ける人の氏名	男・女	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (満 歳 月) (6か月以上 <input type="checkbox"/>	
保護者の氏名 (未成年は必須)		電話番号	-- --	

※次の質問の答えを回答欄に○で囲んで下さい。（正確に全部記入して下さい）

質問事項	回答欄		<input type="checkbox"/>
接種を受ける方の発育歴についてお尋ねします。出生時の体重が少ない、または出産時、出生後、乳幼児健診などで異常があるといわれたことがありましたか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気にかかり、医師の治療（投薬等）を受けていますか（病名 _____）	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>
その病気の主治医に、今日の予防接種を受けてだめといわれましたか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>
最近1ヶ月以内に発熱や、病気にかかったことがありますか（病名 _____）	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>
今日体に具合の悪いところがありますか。具体的な症状は（ _____ ）	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>
最近1ヶ月以内に、家族、友人等にインフルエンザ、麻疹、風疹、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	<input type="checkbox"/>
最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>
最近1ヶ月以内にロタ・BCG・生ポリオ・麻疹風疹・水痘・おたふくかぜの予防接種を受けましたか？ : 不可 _____)	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>
予防接種を受けた際に具合が悪くなったことはありますか。 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	<input type="checkbox"/>
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はありますか	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>
今回のインフルエンザ注射は今季何回目ですか？	2回目	1回目	<input type="checkbox"/>
2回目の場合、前回接種から2週間経過していますか？	いいえ	はい	<input type="checkbox"/>
今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	<input type="checkbox"/>
(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	<input type="checkbox"/>

医師の記入欄 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）
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および副反応並びに予防接種健康被害救済制度について、説明をした。 医師の署名または記名押印 工藤太郎 印

被接種者又は保護者の記入欄 医師に診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、接種するワクチン有益性、重篤な副反応の可能性等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）

令和 年 月 日 署名（本人・または保護者）

ワクチンメーカー名、ロット NO	接種量	実施場所、医師名、接種年月日
メーカー名： ロット NO：	0.5ml ・ 0.25ml	実施場所 工藤クリニック 医師名 工藤 太郎 接種年月日 令和 年 月 日

□ワクチン種類 インフルエンザワクチン (看護師 _____)