

* 接種希望の方へ：太ワク内にご記入下さい。

* お子さんの場合には、健康状態をよく把握している保護者をご記入下さい。

| | | | | | |
|----------|-----|--------|-----|-----|---------|
| 住 所 | | TEL() | | 度 分 | |
| (フリガナ) | () | 男 | 生年 | 明治 | 年 月 日生 |
| 受ける人の氏名 | | 女 | 月 日 | 大正 | |
| (保護者の氏名) | | | | 昭和 | |
| | | | | 平成 | (歳 ヲ月) |

| 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文(裏面)を読んで理解しましたか。 | いいえ | はい |
| 2. 今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン1回目ですか。 | いいえ(回目) | はい |
| 3. 今日、体に具合の悪いところがありますか。 | ある(具体的に) | ない |
| 4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 | はい(病名) 薬をのんでいますか (いる・いない) | いいえ |
| 5. 最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか。 | はい(病名) | いいえ |
| 6. 今までに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、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。 | いる(病名) | いない |
| 7. 近親者に先天性免疫不全と診断された方がいますか。 | はい | いいえ |
| 8. 今までにけいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。 | ある 回ぐらい 最後は 年 月頃 | ない |
| 9. 薬や食品(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発しんやじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか。 | ある(薬または食品の名前) | ない |
| 10. これまで気管支喘息と診断され、現在、治療中ですか。 | はい 年 月頃 (現在治療中・治療していない) | いいえ |
| 11. これまでに予防接種を受けて特に具合が悪くなったことがありますか。 | ある(予防接種名・症状) | ない |
| 12. 1ヵ月以内に家族や周囲で麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。 | いる(病名) | いない |
| 13. 1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。 | はい(予防接種名：) | いいえ |
| 14. (ご婦人の方に)現在妊娠していますか。 | はい | いいえ |
| 15. (接種を受けられる方がお子さんの場合)分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。 | ある(具体的に) | ない |
| 16. 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、具体的に書いて下さい。 | | |

医師の記入欄：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) **医師の署名**

本人に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について、説明した。

| | |
|--|-------------------|
| 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。 (接種を希望します・接種を希望しません) | 本人の署名(もしくは保護者の署名) |
|--|-------------------|

| 使用ワクチン名 | 用法・用量 | 実施場所・医師名・接種日時 |
|--------------------------------|-------|--|
| インフルエンザHAワクチン Lot. No. | 皮下接種 | 実施場所：医療法人社団やしの木会 浦安中央病院 医師名： 接種日時：平成 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> デンカ生研 | mL | 時 分 |
| カルテNo. | | |

記載頂きました個人情報 Wakuchin 接種の予診に 関してのみ使用致します。