



# インフルエンザ予防接種 問診票

				診察前の体温		度	分
住所	〒			☎			
フリガナ				昭和			
受ける人の氏名	男・女	生年月日	平成	年	月	日生	
(保護者の氏名)				令和	(	歳	か月)

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文を読んで理解しましたか。	いいえ	はい	
今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン何回目ですか。	1回目	2回目	
【今日予防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 <sup>※</sup> ありましたか。	はい (具体的に)	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい (具体的に)	いいえ	
最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか。	はい (病名)	いいえ	
最近1ヶ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	
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 その他)にかかり医師の診察を受けたことがありますか。	はい (具体的に)	いいえ	
これまでにけいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	はい( 回くらい) 最後は 年 月頃	いいえ	
これまでに薬や食品(鶏卵・鶏肉など)で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、 体の具合が悪くなったことはありますか。	はい (薬・食品名)	いいえ	
これまでに間質性肺炎・気管支喘息・などの呼吸器系疾患と診断された ことがありますか。	はい( 年 月頃) 現在治療中・治療していない	いいえ	
1ヶ月以内に家族や周囲に麻疹・風しん・水痘・おたふくかぜに かかった方はいますか。	はい (病名)	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。	はい (予防接種名)	いいえ	
近親者の中に先天性免疫不全症と診断された方はいますか。	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の接種を受けましたか。	はい	いいえ	
最近2週間以内にコロナワクチンを接種しましたか。	はい ( 月 日)	いいえ	
コロナワクチンの予約が2週間以内にありますか。	はい ( 月 日)	いいえ	
2週間以内に新型コロナに罹りましたか。	はい ( 月 日)	いいえ	
今日の予防接種について質問はありますか。	はい	いいえ	

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 )。 医師の署名または記名捺印  
本人(もしくは保護者)に対して、予防接種の効果、副反応およ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。 **小野 英一**

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 ( 希望します ・ 希望しません )	本人の署名(もしくは保護者の署名)
--	-------------------

製造番号	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
	皮下接種	医療機関名： おの小児科
	0.25ml (6ヶ月以上3歳未満)	医師名： 小野 英一
	0.5ml (3歳以上)	接種日時： 年 月 日