

インフルエンザ予防接種予診票（任意接種）

住所		診察前の体温	度 分
氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日生（満 歳）		

質 問 事 項	回 答 欄	医師記入欄
今日のインフルエンザ予防接種について、説明書を読みましたか。	はい いいえ	
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	はい いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか。 病名（ ） 治療（投薬など）を受けていますか。 その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい いいえ はい いいえ はい いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか。	はい いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状（ ）	はい いいえ	
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	
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。 ①その際に具合が悪くなったことはありますか。 ②インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。	はい いいえ はい いいえ はい いいえ	
ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。	はい いいえ	
1 カ月以内に予防接種を受けましたか。予防接種の種類（ ）	はい いいえ	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 病名（ ）	はい いいえ	
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言われましたか。	はい いいえ	
最近1 カ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名（ ）	はい いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	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） 本人に対して、予防接種の効果、副反応について説明した。 医師署名又は記名押印 鉢嶺 泰司
-------	--

ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
Lot No.	mL	実施場所 鉢嶺医院 京都府宇治市小倉町山際 1-3 TEL 0774-20-0255 医師名 鉢嶺 泰司 接種年月日 令和 年 月 日

インフルエンザ予防接種希望書（医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。）

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性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）

この予診票は予防接種の安全性の確保を目的として使用します。記載いただいた個人情報は、予防接種に必要な範囲で取り扱います。

令和 年 月 日 被接種者自署

※自署できない場合は、代筆者が署名し、代筆者氏名および被接種者との続柄を記載してください。