

※接種希望の方は、本フタ内のみご記入ください。回答欄にはどちらかに○印をつけてください。
※お子さんの接種を希望される場合は、健康状態をよく把握している保護者の方がご記入ください。

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

質問事項	回答欄	医師記入欄
1. 今日受けるインフルエンザの予防接種について説明文(裏面)を読んで理解しましたか	はい	はい
2. 今日、普段と違って具合が悪いところがありますか	はい	はい
3. 現在、何らかの病気で医師にかかっていますか	はい	はい
4. 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	はい
5. 最近1か月以内に病気にかかりましたか	はい	はい
6. 特別な病歴(先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・脳神経系の病歴、免疫不全症、血液疾患、その他)にかかったことがありますか	はい	はい
7. 薬や食品(特に鶏卵、鶏肉、その他の鶏由来のもの)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がありますか	はい	はい
8. けいれんを起こしたことがありますか	はい	はい
9. 今までに間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断されたことはありませんか	はい	はい
10. 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	はい	はい
11. 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がありますか	はい	はい
12. 1か月以内に予防接種を受けましたか	はい	はい
13. 近親者に先天性免疫不全症の方がいますか	はい	はい
14. 1か月以内に近親者や周囲で風しん(はしか)、風しん、水痘(みずぼうそう)、おたふくかせなどにかかった方はいますか	はい	はい
15. 【女性の方に】現在妊娠していますか	はい	はい
16. 【接種を受けられる方がお子さんの場合】分娩時、出生時、乳幼児健康診などで異常がありましたか	はい	はい
17. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや質問があれば、具体的に教えてください	はい	はい

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(実施できる・見合わせた方がよい)と判断します。
本人又は、保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づき説明しました。

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することに(同意します・同意しません)。	本人(保護者)記入欄
署名	署名

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所	実施場所・医師名・接種日時
インフルエンザHAワクチン(KMB)	皮下接種	医師名	
Lot No:	0.5mL (3歳以上)	接種日時	
(販売: Meiji Seika ファルマ株式会社)	0.25mL (6か月以上3歳未満)	年	月

ご記入いただきました個人情報(インフルエンザワクチン接種の予診にのみ使用いたします)。

※接種希望の方は、本フタ内のご記入ください。

住所	フリガナ	TEL () - ()	診察前の体温	度	分
受ける人の氏名	男・女	生年月日	年	月	日生
保護者の氏名	() 歳 (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書を読んで理解しましたか。	はい	はい
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。	はい	はい
現在、何らかの病気に罹り、医師の診察を受けたことがありますか。	はい	はい
この他に、重篤な副作用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	はい
これまで特別な病歴(心臓血管系、腎臓・肝臓、血液疾患、免疫不全症、発熱、喘息、その他の病歴)にかかり、医師の診察を受けたことがありますか。	はい	はい
これまで重篤な副作用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	はい
最近1か月以内に家族や周囲で風しん、風しん、水痘(みずぼうそう)、おたふくかせなどにかかった方はいますか。	はい	はい
最近1か月以内に予防接種を受けましたか。	はい	はい
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	はい
(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、乳幼児健康診などで異常がありましたか。	はい	はい
(女性の方に) 現在妊娠しているあるいは妊娠している可能性がありますか。	はい	はい
または授乳していますか。注:授乳後2週間ほどは授乳を中止してください。	はい	はい
その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや今日の予防接種について質問がありますか。	はい	はい

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・見合わせた)と判断します。
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き説明しました。

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応の可能性などについて理解した上で、接種することに(希望します・希望しません)。	本人(もしくは保護者)の署名
署名	署名

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所	実施場所・医師名・接種日時
フルミスト点鼻液	点鼻	医師名	
メーカー名: 第一三共株式会社	(各鼻腔0.1mL噴霧)	接種日時	
製造番号:	0.2mL	年	月

記載いただきました個人情報(ワクチン接種に関する予診にのみ使用します)。