



インフルエンザ予防接種 問診票

				診察前の体温		度		分	
住 所	〒 -			携帯：					
フリガナ				男・女	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日生
受ける人の氏名									
(保護者の氏名)									

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かありましたか。	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。

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 (<u>希望します</u> ・ <u>希望しません</u>)	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：川西おの小児科・アレルギー科
	0.25mL(6ヶ月以上3歳未満)	医 師 名：
	0.5mL(3歳以上)	接 種 日 時： 年 月 日