

インフルエンザ予防接種予診票（一般用）				友の会	
		会員		非会員	
住 所				2,750 円	3,850 円
氏 名		男 ・ 女		TEL	
生 年 月 日		明治・大正・昭和・平成 年 月 日		生（満 歳）	
診察前の体温		度 分			

質 問 事 項	回	答 欄	医師記入欄
今日、受けられる予防接種についての説明文を読みましたか	はい	いいえ	
今日の予防接種の効果や副作用などについて理解しましたか	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	
最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったことがありますか (病名)	はい	いいえ	
特別な病気(心臓・腎臓・肝臓・脳・呼吸器などの病気)にかかり医師に診察を受けていますか(病名)	はい	いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか(病名)	はい	いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか()	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	
今日、特に体の具合が悪いところがありますか 具合の悪いところを書いてください()	はい	いいえ	
最近1か月以内に、家族や知り合いにインフルエンザ、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか(病名)	はい	いいえ	
4週間以内に予防接種を受けましたか(予防接種名)	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	はい	いいえ	
その際に具合が悪くなったことはありますか	はい	いいえ	
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	
ニワトリの肉や卵などにアレルギーはありますか	はい	いいえ	
けいれんを起こしたことがありますか (いつ頃)	はい	いいえ	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか	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	
(女性のみ)現在妊娠している、又は妊娠している可能性はありますか	はい	いいえ	

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・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに予防接種健康被害救済制度について説明をした。

被接種者の記入欄
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、摂取するワクチンの有益性、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 ・ 希望しません ）

（ 署名年月日 ） 令和 年 月 日 （ 本人自署 ）

（ 代理の場合：氏名及び続柄 ）

ワクチンメーカー名、ロット番号	接 種 量	実施場所・医師名・接種年月日
メーカー名	0.5 ml	実 施 場 所 〒635-0022 大和高田市日之出町11番6号 社会医療法人 健生会 日の出診療所
LotNo.		医 師 名
		接種年月日 令和 年 月 日