

# ～インフルエンザ予診票ご記入例～

3歳以上又は1歳未満の方は問診票が違います。年齢をご確認ください。

インフルエンザのお知らせを毎年10月に送付いたします。ご希望の有無をご記入ください。

## (2020年度3歳未満) 一般ワクチンインフルエンザ予防接種予診票

接種希望の方は接種当日に太ワク内をご記入下さい。

※必ずカラーで印刷して下さい。白黒の印刷や書き漏れ間違いがある場合は定価になります。

※印刷できない場合は受付時間内にクリニック受付でも無料配布中です。

体温	36度3分	受付
郵便番号・住所	〒344-0023 埼玉県春日部市大枝400-4	
ふりがな	あゆみ はなこ	
受ける人の氏名	DM郵送 - もらっている・もらっていない	
	今後 - 郵送希望 郵送不要	
(保護者の氏名)	男	2018年10月1日生(満2歳)
	女	☎(048)731-3283

自宅を出る前に検温してご記入ください。

接種日当日の年齢をご記入ください。(西暦)

質問事項(当てはまる項目を○で囲んで下さい)	受付	回答欄	医師
この予診票は一般のインフルエンザワクチン3歳未満の方用の用紙です。ご希望のワクチンは一般のワクチンで年齢は3歳未満の方ですか?		いいえ 別の用紙に書き直します	はい
裏面の予防接種についての説明文を読み同意した上で接種を希望しますか?		いいえ	はい
今日受けられるインフルエンザ予防接種は今シーズン何回目ですか?		2回目	1回目
2回目の場合、初回接種より2週間以上経っていますか?		いいえ 期待する効果が得られません	はい
保護者から見て現在、咳・鼻水・のどの痛み・下痢・味覚障害等の症状はありますか?		はい	いいえ
ある場合は、接種を控えて当院の風邪症状のある方の受付時間帯に診察予約をお勧めします		当院では接種はしません	
新型コロナウイルス感染症になった方と14日以内に接触した覚えがありますか?		はい	いいえ
はいの場合(誰と? /いつ?)			
今までに予防接種を受けて具合が悪くなった事がありますか?		はい( )	いいえ
本日、普段と違って具合の悪い所はありますか?		はい( )	いいえ
最近1ヶ月以内に何かの病気にかかりましたか?		はい(病名)	いいえ
最近1ヶ月以内に近親者や周辺に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜ等にかかった方がいますか?		はい(誰?) 病名( )	いいえ
今までに特別な病気(先天性異常、心臓病、腎臓、胆臓、血液、脳神経、免疫不全、悪性腫瘍、その他病気など)にかかった事がありますか?		はい(病名)	いいえ
(はいの場合)主治医より今日の予防接種を受けて良いと言われましたか?		いいえ	はい
今までに間質性肺炎や気管支喘息などの呼吸器疾患と診断された事がありますか?		はい	いいえ
薬や食品(特に鶏卵、鶏肉、その他鶏由来の物)で皮膚に発疹や蕁麻疹が起きたり、体の具合が悪くなった事がありますか?		はい(薬・食品名)	いいえ
今までにけいれん(ひきつけ)を起こした事がありますか?		ある	いいえ
ある場合(5ヶ月歳頃、2回。最近では2019年3月頃、その時発熱は、あり(38.5℃) / なし)			
保護者の方は、接触確認アプリcocoaのご登録をされていますか?		いいえ(登録を推奨します)	はい
【お子さんへ】発育歴についておたずねします。		はい(具体的に)	いいえ
分娩時・出生後・乳幼児検診などで異常がありましたか?			
その他、健康状態の事、医師に伝えておきたい事があれば、具体的に書いて下さい。			

※裏面の説明書きを読んだら「はい」にマルをつけてください。

2回目を接種する場合は、1回目からの日数を数えてご予約ください。

はいの場合、PCR検査をした上で、陰性の場合のみ予防接種をして下さい。

ひきつけを起こしたことがある場合、忘れずにご記入ください。

医師の記入欄  
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、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。  
医師署名又は記名押印

私はこの予診票の裏面記載の注意点を読み、予防接種の効果・副反応等について理解した上で、接種を希望します。


署名(保護者の方がご署名下さい)

2020年 10月 27日

歩太郎 (続柄 父親)

※自書が出来ない方は、介護者又は保護者が署名し、接種者との関係を記載してください。

必ずご記入ください。

ワクチンシール希望	青のシール O25	1回目	実施場所・医師名・実施年月日(実施を見合わせた場合も記入して下さい)
ハイアル製剤 0.25ml KM		左	実施場所
ビケン/生検	名前を聞く事	2回目	医師名
		右	実施年月日
			年 月 日

接種する当日の日付をご記入ください。(西暦)

記入間違いの場合は、新しく問診票をダウンロードしてください  
※2020年度の予診票に必ずご記入してください。