

(別紙様式3-1) ※ご記入はボールペンでお願いいたします。



耳鼻科/アレルギー科/気管食道科/小児耳鼻咽喉科
〒870-0945 大分県大分市津守12組2
TEL 097-567-8714 FAX 097-567-8719

インフルエンザ予防接種予診票

〈中学生に相当する年齢の者対象:保護者が同伴する場合〉

診察前の体温	度	分	今年度の接種回目	(1回目 ・ 2回目)		
住民票の住所						
受ける人の氏名			男 ・ 女	生年月日	平成	年 月 日
保護者の氏名					(満	歳 ヶ月)

質問事項	回答欄		医師記入欄
接種を受ける方の発育歴についておたずねします。 生まれたときの体重が少なかったり、出産時、出生後、乳幼児検診などで異常があるといわれたことがありましたか。	あった	なかった	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気にかかり、医師の治療(投薬など)を受けていますか。 「はい」の場合、病名()	はい	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	はい	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 「はい」の場合、具体的な症状()	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に、家族や遊び仲間に、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。 「はい」の場合、その病名()	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。 「はい」の場合、予防接種の種類()	はい	いいえ	
新型インフルエンザ又は季節性インフルエンザの予防接種を受けた事がありますか。 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	
これまでにインフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 「はい」の場合、予防接種の種類()	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	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。 ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。()歳頃	はい	いいえ	
そのとき熱がでましたか。	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	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか。	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	

<p>■医師の記入欄</p> <p>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)</p> <p>保護者に対して、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、説明した。</p>	医師の署名又は記名押印 首藤 純	
---	------------------	--

<p>■保護者の記入欄</p> <p>医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、接種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、ワクチンの接種を (希望します ・ 希望しません)</p> <p>※希望の有無を丸で囲んでください。</p>	平成 年 月 日 保護者自署	
--	-------------------	--

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		実施場所 首藤耳鼻咽喉科 大分市津守12-2
Lot No.		医師名 首藤 純
		接種年月日 平成 年 月 日