

インフルエンザ 予防接種予診票

		診察前の体温	度	分
住 所			TEL	- -
受ける人の氏名		男 女	大正 昭和 平成	年 月 日 (歳 ヶ月)
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説明文を読み、効果や副反応について理解しましたか			いいえ	はい
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がありますか			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がありますか			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
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいといわれましたか			いいえ	はい
今日、体に具合の悪いところがありますか 具体的に具合の悪い箇所 ()			はい	いいえ
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか 病名 ()			はい	いいえ
1ヶ月以内に家族や友達に麻疹、風疹、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 予防接種の種類と接種日 (/)			はい	いいえ
特別な病気（先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、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 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			いいえ	はい
今までに、けいれん（ひきつけ）を起こしたことがありますか () 歳頃			はい	いいえ
その時熱は出ましたか			はい	いいえ
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	いいえ
近親者に先天性免疫不全の方はいますか			はい	いいえ
近親者の中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
(女性の方に) 現在妊娠している可能性（生理が遅れているなど）はありますか			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

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 (可能 見合わせる) 本人（もしくは保護者）に対して予防接種の効果・副反応及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ました	医師署名 _____

本人記入欄（もしくは代筆者）	
医師の診断・説明を受け、予防接種の効果や目的、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 署名 _____ 代筆者署名 _____ (被接種者との続柄：)	

使用ワクチン名	接種量	接種場所・医師名・接種日
メーカー名： Lot. No.:	0. 5 m l	医療機関名 : 川崎幸クリニック 医師名： 接種年月日： 年 月 日

インフルエンザ

【小児用】

予防接種予診票

		診察前の体温	度 分	
住 所		TEL	-	-
受ける人の氏名		男 女	平成	年 月 日
保護者氏名			令和	(歳 ヶ月)
		回 答 欄		医師記入欄
今日受けられる予防接種について説明文を読み、効果や副反応について理解しましたか		はい	いいえ	
お子さんの発育歴についておたずねします				
出生体重 () g 分娩時に異常がありましたか		はい	いいえ	
出生後に異常がありましたか		はい	いいえ	
乳児検診で異常があると言われたことがありますか		はい	いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか		はい	いいえ	
病名 ()				
治療(投薬など)を受けていますか		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も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	いいえ	
具体的に具合の悪い箇所 ()				
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか		はい	いいえ	
病名 ()				
1ヶ月以内に家族や友達に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか		はい	いいえ	
病名 ()				
4週間以内に予防接種を受けましたか		はい	いいえ	
予防接種の種類と接種日 (/)				
特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、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	いいえ	
病名 ()				
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	
今までに、けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか () 歳頃		はい	いいえ	
その時熱は出ましたか		はい	いいえ	
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	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がありますか		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がありますか		はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全の方はいますか		はい	いいえ	
近親者の中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	

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 (可能 見合わせる) 本人(もしくは保護者)に対して予防接種の効果・副反応及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ました	医師署名 _____
--	---------------

保護者記入欄

医師の診断・説明を受け、予防接種の効果や目的、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。**

保護者自署 _____

使用ワクチン名	接種量	接種場所・医師名・接種日
メーカー名:	<input type="checkbox"/> 0.5 ml (3歳以上) <input type="checkbox"/> 0.25 ml (6カ月以上3歳未満)	医療機関名 : 川崎幸クリニック
Lot. No:		医師名 :
		接種年月日 : 年 月 日

年 月 日

委任状

委任者 (親権者)	フリガナ		
	氏名	印	
	住所		
	電話番号		
	接種を受ける者 (被接種者)	フリガナ	
氏名			
生年月日		年	月 日

※委任者名は必ず自署又は記名・押印をお願いします。

私は、上記被接種者の予防接種に係る手続き及び実施の判断について、下記の者を代理人と定め委任します。

受任者	フリガナ		
	氏名		
	住所		
	電話番号		
	接種を受ける者との続柄		

保護者の同意書（中学生用）

（インフルエンザHAワクチン接種用）

お子さんに同伴しない場合は、この保護者の同意書、
太枠内の署名と、別紙予診票の署名が必要になります。

【保護者の方へ】

お子さんの予防接種の実施にあたっては、原則保護者（親権者：一般的には父母）の同伴が必要です。中学生のインフルエンザHAワクチンの接種については、保護者が予診票の記載事項を読み、理解し、納得した上でお子さんに予防接種を受けさせることを希望する場合に、この同意書と別紙予診票に保護者が自ら署名し、接種の際に提出することによって、保護者が同伴しなくてもお子さんは予防接種を受けることができます。

（当日はこの用紙を必ず持参させてください。）

予診票に署名するにあたっては、接種させることを判断する際に、疑問等があれば、あらかじめかかりつけ医等に確認して、十分納得した上で接種させることを決めてからにしてください。

接種させることを決定した場合は、下記の保護者自署欄に署名して下さい。

（署名がなければ予防接種を受けられません）

接種を希望しない場合には、記載する必要はありません。

予防接種の効果や目的、重篤な副反応発症の可能性などについて理解した上で、子どもの病歴・健康状況・接種当日の体調等を考慮し、子どもに接種させることに同意します。

接種を受ける者
（被接種者）

氏名 _____

生年月日 平成 _____ 年 月 日

保護者の自署 _____

住 所 _____

緊急の連絡先 _____

※ この同意書は、中学生のインフルエンザHAワクチンの予防接種において、保護者が同伴しない場合に必要となるものです。お子さんが1人で予防接種を受ける場合は必ずこの同意書と別紙予診票を提出させるようにしてください。

予診票の保護者自署欄にも署名がないと予防接種は受けられません。