

# インフルエンザHAワクチン 任意接種申込書・予診票

はじめて受診される方 : 全ての欄に記入のうえ、窓口にご提出ください

受診されたことがある方 : 氏名・年齢と質問事項を記入のうえ、窓口にご提出ください

住所	〒		Tel	
			Mail @	
フリガナ		性別	生年 西暦 年 月 日	体温
氏名		男・女	月日 満 歳 ヶ月	

ワクチンの瑕疵等で緊急に連絡をさし上げる場合がございます。連絡先電話番号等は、すべての欄を必ずご記入ください。

質問事項	回答欄	医師記入欄
予防接種について説明文を読み、効果や副反応 などについて理解しましたか？	いいえ・はい	
現在、何か病気にかかっていますか、また今日具合の悪いところがありますか？ →病名、具合の悪い箇所( )	はい・いいえ	
最近1ヵ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	
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言われましたか？	いいえ・はい	
いままで特別な病気(先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・脳神経の病気、免疫不全症、血液疾患、その他)にかかりましたか？ →病名( )	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？ →薬名・食品名( )	ある・ない	
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか？ 1 前回受けたのは(去年・ 年 月頃)	ある・ない	
2 その際に具合が悪くなったことはありますか？ 3 インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなりましたか？ →予防接種名( )	ある・ない はい・いいえ	
4週間以内にインフルエンザ以外の予防接種を受けましたか？ →予防接種名( )	はい・いいえ	
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか	ある・ない	
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？	ある・ない	
近親者に先天性免疫不全症の方がいますか？	いる・いない	
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？	いる・いない	
1ヵ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感染症の方がいましたか？ 病名( )	はい・いいえ	
(ご婦人の方に)現在妊娠していますか？	はい・いいえ	
(お子さんが接種される場合に)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？ 出生後に異常がありましたか？ 乳児検診で異常があるといわれたことがありますか？	はい・いいえ はい・いいえ はい・いいえ	
今日のインフルエンザHAワクチンの予防接種について他に質問がありますか？	ある・ない	

医師記入欄: 問診・診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる)署名

医師の診察を受け、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ました。  
接種を うけます・うけません 本人(未成年者は保護者の)署名

ワクチン接

インフルエンザHAワクチン ビケン Lotシール

接種量 0.25mL(6ヶ月~3歳未満)

0.5mL(3歳以上・13歳未満2回)

接種部位・方法 右・左 上腕皮下接種

ナビタスクリニック川崎 接種  
日 実施者