

任意接種用

* お子さんの場合には、健康状態をよく把握している保護者をご記入下さい。

診察前の体温

度

分

質 問 事 項	回 答 欄	医師記入欄
1. 今日受ける予防接種について説明文(裏面)を読んで理解しましたか。	いいえ	はい
2. 今日受けるインフルエンザHAワクチンの予防接種は今シーズン1回目ですか。	いいえ()回目 前回の接種は()月()日	はい
3. 今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい 具体的に()	いいえ
4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 ・その場合、治療(投薬など)を受けていますか。 ・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。	はい 病名() はい・いいえ はい・いいえ	いいえ
5. 最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか。	はい 病名()	いいえ
6. これまでに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、免疫不全症、その他の病気)にかかり、医師の診察を受けましたか。	はい 病名()	いいえ
7. これまで間質性肺炎や気管支喘息等の呼吸器系疾患と診断され、現在、治療中ですか。	はい()年()月頃 (現在治療中・治療していない)	いいえ
8. これまでにひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい()回くらい 最後は()年()月頃	いいえ
9. 薬や食品(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発しん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。	はい 薬または食品の名前 ()	いいえ
10. 近親者に先天性免疫不全と診断された方がいますか。	はい	いいえ
11. 1ヵ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。	はい 病名()	いいえ
12. 1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。	はい 予防接種の種類()	いいえ
13. これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。	はい 予防接種名・症状 ()	いいえ
14. (女性の方に)現在妊娠していますか。	はい	いいえ
15. (接種を受けられる方がお子さんの場合) 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。	はい 具体的に()	いいえ
16. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや質問があれば、具体的に書いて下さい。		

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、説明した。

使用ワクチン名		用法・用量	実施場所・医師名・接種年月日
インフルエンザHAワクチン	Lot. No.	皮下接種	実施場所：〒160-0023東京都武蔵野市境南2-17サンライズビルアキモト2F
☐ デンカ株式会社		☐ 0.5mL（3歳以上）	医師名：武蔵境駅前こどもクリニック
カルテNo.		☐ 0.25mL（6ヵ月以上3歳未満）	接種年月日：清水 年 希 和 子
			TEL 0422-26-1031 FAX 0422-26-1032

記載頂きました個人情報 Wakuchin 接種の予診にに関してのみ使用致します。

TEL 0422-26-1031 FAX 0422-26-1032