

インフルエンザ予防接種予診票

任意接種用

*接種希望の方へ:太ワク内にご記入ください。

*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	
住 所			TEL				
フリガナ		PATIENT INFORMATION	生 年				
氏 名			月 日				
(保護者の氏名)			年 齢			歳	

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？	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい	
2. 今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン1回目ですか。	<input type="checkbox"/> いいえ ()回	<input type="checkbox"/> はい	
3. 今日、体に具合の悪いところがありますか。	<input type="checkbox"/> はい 具体的に()	<input type="checkbox"/> いいえ	
4. 現在、何か病気にかかっていますか。 ・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。	<input type="checkbox"/> はい 病名 () <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> いいえ	
5. 最近1か月以内に病気にかかりましたか？	<input type="checkbox"/> はい 病名 ()	<input type="checkbox"/> 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、医師の診察をうけましたか？	<input type="checkbox"/> はい 病名 ()	<input type="checkbox"/> いいえ	
7. これまでに間質性肺炎や気管支喘息等の呼吸器疾患と診断され、現在、治療中ですか？	<input type="checkbox"/> はい()年()月ごろ <input type="checkbox"/> 現在治療中 <input type="checkbox"/> 治療していない	<input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> はい()回くらい 最後は()年()月頃	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい 薬または食品の名前 ()	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい 病名 ()	<input type="checkbox"/> いいえ	
12.1ヵ月以内に予防接種を受けま	<input type="checkbox"/> はい 予防接種の種類()	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい 予防接種名・症状 ()	<input type="checkbox"/> いいえ	
14.(女性の方に)現在妊娠しています	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい 具体的に()	<input type="checkbox"/> 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。			

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) 医師署名又は記名押印
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。	

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて理解したうえで接種を希望しますか。	本人の署名 (もしくは保護者の署名) _____ (※自署できない者は代筆者が署名し、 代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載。続柄
<input type="checkbox"/> 接種を希望します	
<input type="checkbox"/> 接種を希望しません	

使用ワクチン名		用法・用量	実施場所 福地クリニック 医師名 接種年月日
ワクチンの種類	Lot.No	皮下接種 <input type="checkbox"/> 0.5ml(3歳以上) <input type="checkbox"/> 0.25ml(6か月以上3歳未満)	
インフルエンザワクチン			
カルテNo			

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

医療機関記入欄※該当項目に○ 自己負担金 有 ・ 無 →自己負担金免除者確認書類(下記参照)	
1.西尾市窓口発行の自己負担金免除通知書(原本添付)	3.後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証
2.介護保険負担限度額認定証	4.生活保護法医療券(医療券連名簿)