

# インフルエンザワクチン

対象年齢：成人用（1回接種用）

			接種前体温		度	分
ふりかな 被接種者氏名	男・女	生年月日	年	月	日生（満	歳  か月）
住所：			電話番号			
質問事項			回答覧		医師記入欄	
今日体の具合の悪いところがありますか あれば、その症状をお書きください ( )			はい	いいえ		
最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか 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⇒ その病気にはもうかかっていますか ( はい ・ いいえ ) その病気の予防接種は済んでいますか ( はい ・ いいえ )			はい	いいえ		
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名( )			はい	いいえ		
生まれてから今までに特別な病気（先天性異常、心臓、腎臓、 脳神経、免疫不全症、その他病気）にかかり、医師の診察を受けて いますか 病名( )			はい	いいえ		
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてもいいと いわれましたか			はい	いいえ		
ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか ( ) 歳頃 その時熱はでましたか			はい	いいえ		
薬や食品で皮膚に発疹やじんま疹が出たり、体の具合が悪くなった ことがありますか 薬品、食品名( ) → それは 現在も飲んだり食べたりすると症状は出ますか			はい	いいえ		
接種を受ける方の兄弟の中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		
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 予防接種名( )			はい	いいえ		
家族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 ) 保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をした 医師のサイン						
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上で、 ワクチンの接種を ( 希望します ・ 希望しません ) 署名						

使用ワクチン	用法・用量	医師名・接種日時
名称：インフルエンザHAワクチン メーカー名：	皮下接種	医療機関名：ありまこどもクリニック 医師名：有馬 純
製造番号：	0.5 ml	接種日：