

**インフルエンザ予防接種予診票** 領収書No. -  
 《当院での1回目接種時の年齢が3歳以上13歳未満の方》

住所	TEL	性別	男	女
フリガナ		生年月日		
受ける人の氏名		平成	年	月 日
保護者氏名	続柄 ( )	(満 歳 ヶ月)		

* 下の表の中にあてはまるところに記入するか、○で囲んでください		保護者の記入欄	医師記入欄
今日の予防接種について、効果や副反応などの説明書を読んで理解しましたか	はい	いいえ	
今日の体温は何度でしたか(右欄に記入) 平熱は何度ですか( 度 分)		度 分	
生まれた時の状態	正常 異常:( )	出生時体重 ( g)	
乳児検診を受けて異常があるといわれたことがありますか	ない	ある	
今までに先天性異常、心臓病、腎臓病、肝臓病、脳神経疾患、免疫不全症、川崎病などの病気にかかったことがありますか	ない	ある 病名 ( ) 接種許可 あり なし 医療機関名 ( )	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	いない	いる	
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	ない	ある( 回) 最後は 年 月 日	
その時に熱は出ていましたか	はい	いいえ	
2週間以内に新型コロナワクチンの接種を受けましたか	いいえ	はい 年 月 日	
1か月以内に他の予防接種を受けましたか	いいえ	はい 予防接種名( ) いつ 年 月 日	
今までに受けた予防接種で、具合が悪くなったことがありますか	ない	ある 予防接種名( ) どんな症状( )	
近親者に予防接種を受け、具合が悪くなった方はいますか	いない	いる	
6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの投与を受けましたか	いいえ	はい	
じんま疹や湿疹がでやすいですか	いいえ	はい	
食べ物(特に鶏肉や卵)や薬物で発疹が出たり体の具合が悪くなったことがありますか	いいえ	はい 何で( )	
1か月以内に兄弟姉妹や遊び仲間、同居している人で麻しん(はしか)、水ぼうそう、おたふくかぜなどにかかった方がいますか	いない	いる	
1か月以内に病気にかかりましたか	いいえ	はい 病名( ) 治ってから 日	
現在、何かお薬をのんでいますか	いない	いる くすりの名前( )	
今日、どこか具合の悪いところがありますか(咳・鼻水・下痢など)	ない	ある( )	
予防接種を受けるにあたって気になることがありましたら右欄に記入してください			

<b>医師記入欄</b>			
以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は 【可能・見合わせる】 予防接種の効果・目的、ワクチンの有益性及び副反応、ならびに予防接種健康被害救済制度について、説明を行った			
医師自署または記名 インフルエンザ予防接種保護者同意欄			
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、子どもへのインフルエンザワクチンの接種を【希望します・希望しません】。*どちらかを○で囲んでください			
年 月 日 保護者自署			
インフルエンザ 使用ワクチン Lot No.	接種回数 ①回目 2回目	実施場所	津田沼中央総合病院
有効期限 西暦	皮下注射 接種量 0.5ml	医師名	
		接種年月日	西暦

**インフルエンザ予防接種予診票 2回目** 領収書No. -  
 《当院での1回目接種時の年齢が3歳以上13歳未満の方》

住所	TEL - -	性別	男	女
フリガナ	生年月日			
受ける人の氏名	続柄	平成	年	月 日
保護者氏名	( )	(満 歳 ヶ月)		

* 下の表の中にあてはまるところに記入するか、○で囲んでください		保護者の記入欄	医師記入欄
今日の予防接種について、効果や副反応などの説明書を読んで理解しましたか	はい	いいえ	
今日の体温は何度でしたか(右欄に記入) 平熱は何度ですか( 度 分)	度 分		
生まれた時の状態 正常 異常:( )	出生時体重 ( g)		
乳児検診を受けて異常があるといわれたことがありますか	ない	ある	
今までに先天性異常、心臓病、腎臓病、肝臓病、脳神経疾患、免疫不全症、川崎病などの病気にかかったことがありますか	ない	ある 病名 ( ) 接種許可 あり なし 医療機関名 ( )	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	いない	いる	
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	ない	ある( 回) 最後は 年 月 日	
その時に熱は出ていましたか	はい	いいえ	
2週間以内に新型コロナワクチンの接種を受けましたか	いいえ	はい 年 月 日	
1か月以内に他の予防接種を受けましたか	いいえ	はい 予防接種名( ) いつ 年 月 日	
今までに受けた予防接種で、具合が悪くなったことがありますか	ない	ある 予防接種名( ) どんな症状( )	
近親者に予防接種を受け、具合が悪くなった方はいますか	いない	いる	
6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの投与を受けましたか	いいえ	はい	
じんま疹や湿疹がでやすいですか	いいえ	はい	
食べ物(特に鶏肉や卵)や薬物で発疹が出たり体の具合が悪くなったことがありますか	いいえ	はい 何で( )	
1か月以内に兄弟姉妹や遊び仲間、同居している人で麻しん(はしか)、水ぼうそう、おたふくかぜなどにかかった方がいますか	いない	いる	
1か月以内に病気にかかりましたか	いいえ	はい 病名( ) 治ってから 日	
現在、何かお薬をのんでいますか	いない	いる くすりの名前( )	
今日、どこか具合の悪いところがありますか(咳・鼻水・下痢など)	ない	ある( )	
予防接種を受けるにあたって気になることがありましたら右欄に記入してください			

<b>医師記入欄</b>			
以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は 【 可能 ・ 見合わせる 】 予防接種の効果・目的、ワクチンの有益性及び副反応、ならびに予防接種健康被害救済制度について、説明を行った			
医師自署または記名 <b>インフルエンザ予防接種保護者同意欄</b>			
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、こどもへのインフルエンザワクチンの接種を【 希望します ・ 希望しません 】。 *どちらかを○で囲んでください			
年 月 日 保護者自署			
インフルエンザ 使用ワクチン Lot No.	接種回数 1回目 ○ 2回目	実施場所	津田沼中央総合病院
有効期限 西暦	皮下注射 接種量 0.5ml	医師名	
		接種年月日	西暦