

一般(65歳未満)

# 自費診療録

## インフルエンザ予防接種予診票

領収書No. -

《一般用》

2021

領収書No. -		診察前の体温		度	分
住所	TEL ( )	性別	男	女	
(フリガナ)		生年月日			
受ける人の氏名		明治 大正 昭和 平成	年	月	日
(本人が自署できない場合は、本人の意思を確認したうえで2親等以内の代筆者が本人名を署名し、代筆者氏名、被接種者との続柄を記入してください)			(満	歳)	
代筆者	(続柄)				

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日の予防接種について説明書を読み、効果や副反応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、治療(投薬)などを受けていますか 病名( )	はい	いいえ	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか 病名( )	はい	いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか	はい	いいえ	
【上記質問に“はい”と回答した場合】 その病気を診てもらっている医師に今日の接種を受けてよいといわれましたか	いいえ	はい	
今日、体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください( )	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に、熱が出たり、病気にかかったりしましたか 病名(診断名)( )	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか 最後のけいれんは( )歳頃	はい	いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、具合が悪くなったことがありますか ( )歳ごろ 薬品・食品名( ) 症状( )	はい	いいえ	
2週間以内に新型コロナウイルスの予防接種を受けましたか 接種日(1回目: 月 日)(2回目: 月 日)(不明)	はい	いいえ	
1ヶ月以内に新型コロナ以外の予防接種を受けましたか 予防接種の種類( : 月 日)	はい	いいえ	
インフルエンザの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	いいえ	
インフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類( )	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	
医師記入欄 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】 見合わせた場合の理由( ) 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希望書	
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、 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	本人自署
(代筆者	続柄)
(本人が自署できない場合は、本人の意思を確認したうえで2親等以内の代筆者が本人名を署名し、代筆者氏名、被接種者との続柄を記入してください)	

インフルエンザ 使用ワクチン	接種量	実施場所	津田沼中央総合病院
Lot No.	皮下注射	医師名	
有効期限 西暦	0.5ml	接種年月日	西暦