

予 防 接 種 問 診 票

実 施 日	年 月 日		予 防 接 種 の 種 類	インフルエンザ
住 所			電 話	
フリガナ 受ける人の 氏名	-----	男 ・ 女	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生
※保護者の 氏名				(満 歳 ヲ月)

※接種を受ける方が成人の場合は記載の必要はありません。

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
本日の体温は何度ですか	度 分		
出生時の体重が少なかったり、出生時、出産後、乳幼児検診などで異常がありましたか	あった	なかった	
今日、普段と違って具合の悪いところがありますか (症状)	はい	いいえ	
1ヶ月以内に何かの病気で医師に診察を受けていますか (病名)	はい	いいえ	
1ヶ月以内に家族や周囲に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか	はい	いいえ	
1ヶ月以内に他の予防接種を受けましたか (予防接種の種類)	はい	いいえ	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症その他の病気にかかり医師に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よいといわれましたか	はい	いいえ	
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	はい	いいえ	
けいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか(歳頃)	はい	いいえ	
その時熱が出ましたか	はい	いいえ	
薬や食品(鶏肉、鶏卵など)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	はい	いいえ	
今まで受けた予防接種で特に具合が悪くなったことがありますか 予防接種の種類()	はい	いいえ	
近親者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	
6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか	はい	いいえ	
女性の方へ 現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか (注)接種後2ヶ月は妊娠を避ける必要があります	はい	いいえ	
その他、健康状態について何か気になることはありますか	はい	いいえ	

※ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6ヶ月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

保護者が同伴する場合	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、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種に	同意する	同意しない
保護者が同伴しない場合	あなたのお子さんの病歴・健康状況・接種当日の体調を考慮した上で接種に	同意する	同意しない

医師記入欄	以上の問診及び診査の結果、今日の予防接種は	接種可	見合わせ(理由)
保護者(摂取を受ける者が成人の場合は本人)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、説明しました。		医師署名又は 記名押印	

ワクチン製造元	接種量 ml	実施場所 医療法人 徳洲会 千葉徳洲会病院	(どちらかを○で囲む) ・ 接種年月日 ・ 不適年月日 年 月 日
Lot No.		医 師 名	
有効期限 年 月 日			

医療法人 徳洲会 千葉徳洲会病院