予診欄

診察前の体温	度　　分

住所				
受ける人の氏名		男 女	生年 月日	平成　　年　　月　　日 （満　　歳　　ヵ月）
接種対象者分類	1．基礎疾患を有する者　　2．1．以外の者			

質　問　事　項	回答欄		医師記入欄
接種を受ける方の発育歴についておたずねします 生まれたときの体重が少なかったり、出産時、出生後、乳幼児検診などで異常があるといわれたことがありましたか	あった	なかった	
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、医師の治療（投薬など）を受けていますか 病名（　　）	はい	いいえ	
その病気の主治医には、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	
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、家族や遊び仲間に、インフルエンザ、麻しん、風しん、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	いいえ	
最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類（　　）	はい	いいえ	
新型インフルエンザ又は季節性インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか	はい	いいえ	
その際に具合が悪くなったことはありますか	はい	いいえ	
これまでに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	
ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか	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、体の具合が悪くなったことがありますか	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	はい	いいえ	
そのとき熱が出ましたか	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	
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	
（女性のみ）現在妊娠している、又は妊娠している可能性はありますか	はい	いいえ	

保護者の記入欄

上記の質問事項に対し、あなたが記入された回答をもとに、医師が問診や診察を行い、予防接種が可能であると判断した場合、以下のワクチンを接種することに（　同意します　・　同意しません　）　※括弧内のどちらかを〇で囲んでください

- □ A型インフルエンザHAワクチン（H1N1株）〔国内産ワクチン〕
- □ アレパンリックス（H1N1）筋注〔グラクソ・スミスクライン株式会社〕
- □ 乳濁細胞培養A型インフルエンHAワクチンH1N1「ノバルティス」筋注用〔ノバルティス　ファーマ株式会社〕

※　接種に同意した場合、接種を希望するワクチンにチェックしてください。（複数可）

平成　　年　　月　　日　　保護者自署

医師の記入欄

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　　）

本人に対して、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに予防接種健康被害救済制度について、説明をした

医師の署名又は記名押印

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量	実施場所．医師名．接種年月日
メーカー名 Lot No.	ml	実施場所 医師名 接種年月日　　平成　　年　　月　　日