

インフルエンザ(フルミスト)予診票

任意接種

記載頂いた個人情報はワクチンの予診に関してのみ使用いたします。

住所		TEL() -	
フリガナ		男・女	生年月日
受ける人の氏名			年 月 日生
保護者の氏名			(歳 カ月)

質問事項	回答欄	医師欄
1 今日受ける予防接種について説明を読んで理解しましたか	いいえ	はい
2 今日受けるインフル予防接種は今シーズン1回目ですか。	いいえ(回目)	はい
3 今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい(具体的に)	いいえ
4 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。	はい(病名) 薬をのんでいますか(はい・いいえ)	いいえ
5 治療のためにアスピリン・鎮痛剤・解熱剤を服用中ですか？	はい(薬名)	いいえ
6 間質性肺炎や気管支喘息と診断され、現在治療中ですか。 1年以内に喘息発作、又は5歳未満で喘息治療中の方は接種不可	はい 年 月頃 (治療中・治療していない)	いいえ
7 1カ月以内に病気にかかりましたか。	はい(病名)	いいえ
8 1カ月以内に予防接種を受けましたか。	はい(種類)	いいえ
9 今まで心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患・免疫不全症・その他特別な病気にかかり医師の診察を受けましたか。	はい(病名)	いいえ
10 薬や食品(鶏卵・鶏肉など)でじん麻疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい(その名前)	いいえ
11 1カ月以内に家族や周囲で麻しん・風しん・水痘・おたふくなどにかかった方がいますか。	はい(病名)	いいえ
12 今まで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(種類) (症状)	いいえ
13 けいれんを起こしたことがありますか。	はい(回程) 最後は 年 月頃	いいえ
14 近親者に先天性免疫不全と診断された方がいますか。	はい	いいえ
15 (お子さんの場合): 分娩時、出生時、乳幼児健診で異常がありましたか。	はい(具体的に)	いいえ
16 (女性の方):現在妊娠していますか。	はい	いいえ
17 今日の予防接種について質問がありますか。		

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、接種を希望しますか。	本人の署名(または保護者の署名)
(接種を希望します・接種を希望しません)	続柄()

医師の記入欄:本人もしくは保護者に対して、予防接種の効果、副反応および医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について説明した。以上の問診および診察の結果、	医師の署名又は記名押印
今日の予防接種は(可能・見合わせる)	池上 岳

フルミスト点鼻ワクチン	点鼻	いけがみ内科ファミリークリニック
Lot.No	0.2mL (各鼻腔 0.1ml×2)	医師: 池上 岳
	対象: 2~18歳	接種日: 年 月 日