

インフルエンザ予防接種予診票〔1回目〕 (3歳以上13歳未満の対象者)

任意接種用

		診察前の体温	度	分
住所				TEL () -
フリガナ		男・女	生年月日	明治 年 月 日生 大正 昭 和 平成 (歳 ヶ月)
受ける人の氏名				
保護者の氏名				

質 問 事 項	回 答 欄	医師記入欄
今日受けるインフルエンザの予防接種についての説明文を読み、効果や副反応などについて理解しましたか	いいえ はい	
現在、何が病気にかかっていますか、また今日具合の悪いところがありますか 病名、具合の悪い箇所()	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	はい いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか	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もよいと言われましたか	はい いいえ	
特別な病気(先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・脳神経の病気、免疫不全症、血液疾患、その他)にかかったことがありますか	はい いいえ	
病名()		
薬や食品(特に鶏卵、鶏肉、その他の鶏由来のもの)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	
薬名・食品名()		
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	
① 前回受けたのは(年 月頃)		
② 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	
③ インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことがありますか	はい いいえ	
予防接種名()		
4週間以内にインフルエンザ以外の予防接種を受けましたか。	はい いいえ	
予防接種名()		
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか	はい いいえ	
今までに間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断されたことがありますか	はい いいえ	
近親者に先天性免疫不全症の方がいますか	はい いいえ	
近親者の中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	
1ヶ月以内に、家族や友達に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。	はい いいえ	
病名()		
(ご婦人の方に)現在妊娠していますか。	はい いいえ	
(接種される方がお子さんの場合に)あなたのお子さんの発育歴についておたずねします		
出生体重() g 分娩時に異常がありましたか	はい いいえ	
出生後に異常がありましたか	はい いいえ	
乳児検診で異常があるといわれたことがありますか	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

以上の問診の結果、今日の予防接種は(実施できる・見合わせた方がよい)と判断します
本人(本人が未成年者の場合は保護者)に対して予防接種の効果・副反応及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ました。

医師の署名又は記名捺印 _____

本人記入〔未成年者(既婚者を除く)の場合は保護者〕

予防接種の効果や目的、副反応の可能性などについて理解した上で、接種することに同意します。

署名 _____ (代筆者の場合: 続柄 _____) (なお、被接種者が自署できない場合は代筆者が署名し、被接種者との続柄をきさいしてください。)

使用ワクチン名	用法・用量	接種場所・医師名・接種日時
名 称 : インフルエンザHAワクチン	皮下接種 右 左	医療機関名 : 医療法人 上野会 上野会クリニック
メーカー名 : 北里第一三共ワクチン株式会社	mL	医 師 名 :
製造番号 :	回目	接種年月日 : 年 月 日 時 分

記載いただきました個人情報はワクチン接種に関する予診のみに使用します。
※これより以下は領収書となります。切り離し無効。

領収書兼インフルエンザ予防接種済証

割印

皮下接種 右・左
回目

様

¥3,500

但し インフルエンザ予防接種代として、上記金額を徴収しました。

注 1. 領収印無きものは無効
2. 領収書の再発行はできません。

医療法人 上野会 上野会クリニック
〒558-0004 大阪市住吉区長居東4-21-26
TEL: 06-6609-1650 FAX: 090-558-1420

領収印

インフルエンザ予防接種予診票〔2回目〕 (3歳以上13歳未満の対象者)

任意接種用

		診察前の体温		度	分
住所	〒			TEL () -	
フリガナ		男 女	生年 月日	明治 大正 昭和 平成 (歳	年 月 日 生 ヶ月)
受ける人の氏名					
保護者の氏名					
質問事項				回答欄	
今日受けるインフルエンザの予防接種についての説明文を読み、効果や副反応など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いますか、また今日具合の悪いところがありますか 病名、具合の悪い箇所()				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				はい	いいえ
治療(投薬など)を受けていますか				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もよいと言われましたか				はい	いいえ
特別な病気(先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・脳神経の病気、免疫不全症、血液疾患、その他)にかかったことがありますか 病名()				はい	いいえ
薬や食品(特に鶏卵、鶏肉、その他の鶏由来のもの)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 薬名・食品名()				はい	いいえ
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
① 前回受けたのは(年 月頃)				はい	いいえ
② 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
③ インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことがありますか 予防接種名()				はい	いいえ
4週間以内にインフルエンザ以外の予防接種を受けましたか。 予防接種名()				はい	いいえ
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか				はい	いいえ
今までに間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断されたことがありますか				はい	いいえ
近親者に先天性免疫不全症の方がいますか				はい	いいえ
近親者の中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
1ヶ月以内に、家族や友達に麻疹、風疹、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
(ご婦人の方に)現在妊娠していますか。				はい	いいえ
(接種される方がお子さんの場合に)あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 出生体重() g 分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか 乳児検診で異常があるといわれたことがありますか				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

以上の問診の結果、今日の予防接種は(実施できる・見合わせた方がよい)と判断します
本人(本人が未成年者の場合は保護者)に対して予防接種の効果・副反応及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ました

医師の署名又は記名捺印 _____

本人記入〔未成年者(既婚者を除く)の場合は保護者〕

予防接種の効果や目的、副反応の可能性などについて理解した上で、接種することに同意します。

署名

(代筆者の場合: 続柄)

(なお、被接種者が自署できない場合は代筆者が署名し、被接種者との続柄をきさいしてください。)

使用ワクチン名	用法・用量	接種場所・医師名・接種日時
名称: インフルエンザHAワクチン	皮下接種 右 左	医療機関名: 医療法人 上野会 上野会クリニック
メーカー名: 北里第一三共ワクチン株式会社	mL	医師名:
製造番号:	回目	接種年月日: 年 月 日 時 分

記載いただきました個人情報はワクチン接種に関する予診のみに使用します。

※これより以下は領収書となります。切り離し無効。

領収書兼インフルエンザ予防接種済証

割印

皮下接種 右・左

様

¥3,500

但し インフルエンザ予防接種代として、上記金額を徴収しました。

注 1.領収印無きものは無効
2.領収書の再発行はできません。

医療法人 上野会 上野会クリニック
〒558-0004 大阪市住吉区長居東4-21-26
TEL:06-6609-1650 FAX:090-558-1420

領収印