

# インフルエンザ予防接種 問診票 兼 申込書

|           |                 |                        |        |     |
|-----------|-----------------|------------------------|--------|-----|
|           |                 | 診察前の体温                 | ℃      |     |
| 住 所       | 〒               | 電話番号                   | - -    |     |
| 接 種 者 氏 名 | (フリガナ)          | 同伴保護者の署名<br>(18歳未満の場合) | (フリガナ) |     |
|           |                 |                        |        |     |
| 生 年 月 日   | 昭和・平成・令和 年 月 日生 | 年齢・性別                  | 満 歳    | 男・女 |

| 質 問 事 項                                                             | 回 答 欄 |     |
|---------------------------------------------------------------------|-------|-----|
| 本日、熱や咳、喉の痛みなどの風邪症状はありますか。<br>37.5℃以上の発熱のある方は、本日インフルエンザワクチン接種は出来ません。 | はい    | いいえ |
| その他、本日、体に具合の悪いところはありますか。                                            | はい    | いいえ |
| 『はい』とお答えの方は、具合の悪い症状を具体的に記載してください。<br>( )                            |       |     |
| 現在、何か病気にかかっていますか。また、免疫不全などの病気にかかったことはありますか。                         | はい    | いいえ |
| 『はい』とお答えの方は、病名と治療内容を具体的に記載してください。<br>病 名 ( )<br>治療内容 ( )            |       |     |
| また、その病気で診てもらっている主治医には、本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 |
| 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 |
| インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。<br>『いいえ』とお答えの方は、接種後15分、クリニックで待機していただきます。  | はい    | いいえ |
| また、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 |
| 『はい』とお答えの方は、具合の悪い症状を具体的に記載してください。<br>( )                            |       |     |
| 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はありますか                                   | 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。                                            | はい    | いいえ |
| 1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。<br>予防接種の種類 ( )                                   | 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はありますか。<br>病 名 ( )                    | 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。<br>病 名 ( )                             | はい    | いいえ |
| 今日の予防接種について質問はありますか。<br>『はい』とお答えの方は、質問事項を記載してください。<br>( )           | はい    | いいえ |

|       |                                                       |
|-------|-------------------------------------------------------|
| 医師記入欄 | 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）<br><br>医師記名押印 川井 祐弥 印 |
|-------|-------------------------------------------------------|

|           |                 |                                                                     |
|-----------|-----------------|---------------------------------------------------------------------|
| ワクチンロット番号 | 接種量             | 実施場所・医師名・接種年月日                                                      |
| Lot No.   | 0.5ml<br>(3歳以上) | 実施場所 大阪梅田駅前ゆう内視鏡内科クリニック HEP NAVIO院<br>医師名 川井 祐弥<br>接種年月日 令和 7 年 月 日 |

インフルエンザ予防接種希望書（医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。）

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。  
( 接種を希望します・接種を希望しません )

令和 7 年 月 日 被接種者自署 \_\_\_\_\_  
(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)