

住所：〒	フリガナ:	性別：
	氏名：	男 ・ 女
電話番号： ()	生年月日： 年 月 日生	年齢 歳

質問事項	回答欄	備考
1.インフルエンザ予防接種についての説明文を読んで理解しましたか	いいえ	はい
2.インフルエンザ予防接種は今シーズン初めてですか	はい	いいえ
3.今日は、普段と違って具合の悪いところがありますか	ある（具体的に）	いいえ
4.現在治療中の病気や、この1ヶ月にかかった病気はありますか	ある（病名： ）	いいえ
5.今までに特別な病気（先天性異常、免疫不全、悪性腫瘍、心不全、慢性腎臓病、肝炎・肝硬変、血液疾患、脳梗塞・脳出血など）で、医師の診断を受けたことがありますか	ある（具体的に）	いいえ
“ある”の場合、その主治医から今日の予防接種を受けていいといわれましたか	はい	いいえ
6.気管支喘息や間質性肺炎などの呼吸器疾患と診断されたことがありますか	ある（現在治療中・完治・未治療）	いいえ
7.これまでにインフルエンザ予防接種を受けたことがありますか	はい	いいえ
“はい”の場合、①前回受けたのはいつですか	（ 昨年 ・ 2年前 ・ それ以前 ）	いいえ
②インフルエンザ予防接種で具合が悪くなったことがありますか	はい（症状： ）	いいえ
8.この1か月以内に、新型コロナ 以外 の予防接種は受けましたか	はい（予防接種名： ）	いいえ
9.インフルエンザ 以外 の予防接種で具合が悪くなったことはありますか	ある（予防接種名： ）	ない
“ある”場合、予防接種名とその時の症状をお書きください	（症状： ）	
10.今までけいれんを起こしたことがありますか	ある（ 歳ごろ 回位）	ない
“ある”場合、けいれんの時、発熱していましたか	はい（ ℃位） ・ 不明	いいえ
11.薬や食品（鶏卵、鶏肉など）で強いアレルギー反応が出たことはありますか	ある（薬・食品名： ）	いいえ
12.アルコール綿による消毒で、かぶれたり、赤くなったりしたことはありますか	ある	ない
13.今日の予防接種（注射）はどちらの腕に希望しますか	右（左利きの方に推奨）	左
14.女性の方に：現在妊娠していますか	はい	いいえ
15.その他、医師に伝えておきたいことがあれば、具体的にご記入ください		

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） 医師の署名又は記名押印
本人に対し、予防接種の効果・副反応・医薬品医療機器総合機構芳に基づく救済について説明した。 小倉 祐子

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 ）	本人の署名
---	-------

使用ワクチン名・メーカー名	接種量	実施医療機関・医師名・接種日時
インフルエンザワクチン HA ワクチン「ビケン」 LOT HA236D	皮下接種 0.5mL	実施医療機関：〒105-0022 東京都港区海岸 1-10-30 アトレ竹芝タワー棟 3F 竹芝水辺のクリニック（内科・腎臓内科） 医師名：院長 小倉誠 接種日時 2024 年 月 日 時 分