令和７年度　インフルエンザ予防接種予診票（皮下注射 Ver.）

＊接種希望の方へ：**太枠内**にご記入下さい。　　当日の体温を記入してお持ちください

（鉛筆書き不可）

体温	度　　分

住　　所		TEL（　　）　　－	
ふりがな 氏　　名		男 ・ 女	西暦・大正・昭和・平成・令和 年　　月　　日 （満　　歳　　ヶ月）
保護者氏名			

質問事項	回答欄		医師欄
１．今年度、インフルエンザ予防接種は何回目ですか。	２回目 （１回目　　月　　日）	１回目	
２．インフルエンザ予防接種を受けたことがありますか。	いいえ	はい	
① その際に具合が悪くなったことはありますか。	はい（症状）	いいえ	
② 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（予防接種名・症状）	いいえ	
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） 薬を飲んで（いる・いない）	いいえ	
５．特別な病気（先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液疾患、免疫不全　など）で医師の診察を受けていますか。	はい（病名）	いいえ	
その主治医に、予防接種を受けてよいといわれましたか。	いいえ	はい	
６．最近１ヶ月以内に病気にかかりましたか。	はい（病名）	いいえ	
７．けいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか。	はい（　　才頃）	いいえ	
８．薬や食べ物（鶏肉や鶏卵など）で皮膚に発しんや体の具合が悪くなったことがありますか。	はい（薬、食品名）	いいえ	
９．　１ヶ月以内に周囲で麻しん（はしか）風しん、みずぼうそう、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。	はい（病名）	いいえ	
10.　１ヶ月以内に予防接種を受けましたか。	はい（予防接種名）	いいえ	
11. ２週間以内に新型コロナワクチンの接種を受けましたか。	はい　（　　月　　日）	いいえ	
12.（女性の方に）現在妊娠をしていますか。	はい　（妊娠　　週）	いいえ	
13. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや今日の予防接種について質問がありますか。	はい （具体的に　　）	いいえ	
14. 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応について理解した上で、接種を希望しますか	はい　・いいえ 本人又は保護者のサイン＿＿＿＿＿＿		

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）　　医師のサイン＿＿＿＿＿＿

使用ワクチン名／用法・用量		実施場所・医師名・接種日時
ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ HA ﾜｸﾁﾝ Lot No.	皮下注射 □ 0.5 mL（3歳以上） □ 0.25m（6か月以上3歳未満）	実施場所：神戸西区春日台 3-3-22 高瀬クリニック 医師名　：高瀬　信尚 接種日時：令和７年　　月　　日