

# 問診票

赤坂とも内科

ご記入日： 年 月 日

ふりがな		大正・昭和・平成	
お名前		年 月 日生 歳	男 ・ 女
住所	〒( ) - ( )	自宅 TEL:	
		携帯 TEL:	

**★次の質問にお答え下さい。**

体温 ( )℃

質 問 事 項	回 答		医 師 記 入 欄
● 今日のインフルエンザの予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
● 今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
● 現在、何か病気にかかっていますか？ 病 名 ( )	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
● 治療（投薬など）を受けていますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
● 免疫不全と診断されたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
● 今日、体に具合の悪いところがありますか？ 具合の悪い症状を書いて下さい。( )	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
● ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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？ ①その際に具合が悪くなったことはありますか？ 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？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> いいえ	
● ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
● 1カ月以内に予防接種を受けましたか。予防接種の種類 ( )	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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がありますか？ 病 名 ( )	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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？ 病 名 ( )	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
● 今日の予防接種について質問がありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> 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） 本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。 医師署名 又は 記名押印
-----------	---

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.	m l	実施場所 医師名 接種年月日 平成 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？  
 （ 接種を希望します ・ 接種を希望しません ）

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

平成 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）