

インフルエンザ 自費（小児科）

◎この予防接種は自己負担がかかります。【接種費用：3,300円（税込）】

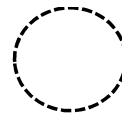
◎「インフルエンザ予防接種について」をよく読みましょう。

（1回目・2回目）

◎この副票は、この予防接種の証明となりますので、大切に保管してください。

＊予防接種を見合わせた理由【 】

接種実施医療機関名；多根総合病院 〒550-0025 大阪市西区九条南1-12-21 TEL06-6581-1071

年 月 日
0.25ml・0.5ml

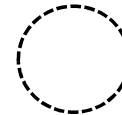
皮下

接種部位（左・右）上腕部

インフルエンザ予防接種 予診票

（1回目・2回目）

◎接種当日に太ワク内のみを、記入してください。（※印は記入しないでください。）

年 月 日
0.25ml・0.5ml

皮下

住 所			
氏 名	男・女	電話（ ）	
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和・西暦	年 月 日	生（満 歳）

質 問 事 項	回 答 欄		医師の確認欄
1. 今日受けるインフルエンザ予防接種について説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
2. 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。	はい	いいえ	
3. 今日、身体にぐあいの悪いところがありますか。 それはどんな状態ですか。（ ）	はい	いいえ	
4. その他、最近1か月以内に病気にかかったりケガをしましたか。 病名（ ） 時期（ ）	はい	いいえ	
5. 現在、何か病気にかかっていますか。 病名（ ） 治療（投薬など）を受けていますか。 その病気を診てもらっている主治医に今日の予防接種は受けてよいといわれましたか。	はい はい はい	いいえ いいえ いいえ	
6. 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（ ） その病気を診てもらっている主治医に今日の予防接種は受けてよいといわれましたか。	はい はい	いいえ いいえ	
7. 免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
8. 薬や食べ物で皮ふ発疹やじんましんがでたり、身体の具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
9. ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか。	はい	いいえ	
10. ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか。	はい	いいえ	
11. 以前にインフルエンザの予防接種を受けて身体のぐあいが悪くなったことがありますか。 インフルエンザ以外の予防接種を受けて身体のぐあいが悪くなったことがありますか。	はい はい	いいえ いいえ	
12. 1か月以内に何か予防接種を受けましたか。受けた予防接種の種類（ ）	はい	いいえ	
13. その他、今日の予防接種について何か質問はありますか。 具体的に（ ）	はい	いいえ	

※〔医師の記入欄〕

診察の所見・その他特記事項

以上の予診（問診、検温、診察）の結果、今日の予防接種は（実施できる・見合わせたほうがよい）と判断します。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ました。

※ 体 温 測 定 度 分

医師署名

又は

記名押印

※ 使用ワクチン名

※ Lot No.

※ 最終有効年月日

※実施場所

多根総合病院 小児科

※接種部位（左・右）上腕部

※接種医師名

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。）

私は、医師の診察・説明を受け、インフルエンザの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うえで、接種を希望します。（※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載してください。）

被接種者署名

代筆者名

続柄

◎この予診票は、予防接種における安全性の確保を目的としています。提出いただきました予診票は、この目的以外には使用いたしません。