

# インフルエンザ予防接種実施票

( ) 右の通りインフルエンザ予防接種を実施しました。  
( ) 下記理由により予防接種を見合わせました。  
接種後30分間は、急に副反応が起こることがあります。  
医師（医療機関）とすぐに連絡が取れるようにしておきましょう。  
生活協同組合ヘルスコープおおさか 蒲生厚生診療所

様  
令和 年 月 日  
0.5ml 皮下  
接種部位 (左・右) 上腕部

きりとり

## インフルエンザ予防接種予診票

ID :

64歳以下の方

大阪市外の方

( : ) 予約 予約なし

ヘルスコープ (1回接種) 組 2,600円 非組 3,600円

当日加入 ( )

東振協組合 3600円 補助有 ( )

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_ 男 ・ 女  
生年月日 平成・昭和・大正・明治 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( ) 歳

住 所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

質問事項	解答欄		医師確認欄
1. 本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. 本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、体に具合の悪いところがありますか。 ※はいの方、それはどんな状態ですか ( )	はい	いいえ	
4. その他、最近1ヵ月以内に病気にかかったり、ケガをしましたか。 病名 ( ) 時期 ( 頃 )	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)をうけていますか。 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	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。 ※はいの方は病名をお書きください ( ) 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. 薬や食べ物で皮膚に発疹やじんましんが出たり、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)を起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はありますか。	はい	いいえ	
11. 以前にインフルエンザ予防接種を受けて体の具合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体の具合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. 4週間以内に何か予防接種を受けましたか。受けた予防接種は ( )	はい	いいえ	
13. その他、今日の予防接種について何か質問がありますか。 具体的に ( )	はい	いいえ	

※医師の記入欄

診察所見・その他特記事項

体温測定 度 分

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。

医師署名  
又は  
記名押印

※使用ワクチン名

※実施場所 蒲生厚生診療所

※Lot No.

※最終有効年月日

※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。

※自著できない場合は、代筆者の方のサインをお願いします。

※【高校生のみ】被接種者の接種に同意される場合は、保護者の方のサインをお願いします。

被接種者 署名

代筆者名  
または  
保護者名

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しません。