スタッフ記入欄

| 腕 | アルコール | 医師名 | LINE | 問診票 |
|---|---|---|---|---|
| 左・右 | | | | |

# 【柏たなかファミリー耳鼻咽喉科 インフルエンザ予防接種問診票】

※接種希望の方は太枠内の該当箇所に ○印 もしくは必要事項をご記入下さい。

※お子様が受ける場合は、健康状態をよく把握されている保護者の方がご記入下さい。

記入日　令和　　年　　月　　日

本日の体温　　度　　分

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ふりがな | | 男<br>女 | 生年<br>月日 | 大正・昭和・平成・令和<br>年　月　日生(　歳) |
| 受ける方のお名前 | | | | |
| 保護者の方のお名前<br>（17 歳以下の方が受ける場合） | | 住所 | 〒　－ | |
| | | 電話 | (　)　－ | |

| 質問事項 | 回答欄 | | 医師記入欄 |
|---|---|---|---|
| **1.** 本日の予防接種について、注意事項を読んで内容を理解されました？ | はい | いいえ | |
| 2.本日、普段と違う何らかの体調不良はありますか？ | はい（症状　） | いいえ | |
| 3.現在、何らかの病気で他院を受診されていますか？ | はい（病名　） | いいえ | |
| 4.ここ 1 ヶ月以内で、何らかの病気にかかりましたか？ | はい（病名　） | いいえ | |
| 5.過去に特別な病気（先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液疾患、脳神経、免疫不全症、悪性腫瘍など）で医師の診断を受けたことはありますか？ | はい（病名　） | いいえ | |
| 「はい」と回答した方で現在も受診中の方は、主治医に本日の予防接種を受けても良いと言われていますか？ | はい | いいえ | |
| 6. 過去にひきつけ（痙攣）を起こしたことはありますか？ | はい | いいえ | |
| 「“はい”の場合」、ひきつけ（痙攣）を起こした時に熱は出ましたか？ | はい | いいえ | |
| 7. 過去に間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器疾患にかかったことはありますか？ | はい | いいえ | |
| 8. ※お子様が受ける場合　分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常を指摘されたことはありますか？ | はい（具体的に） | いいえ | |
| 9. ※女性の方で　現在、妊娠されていますか？ | はい　妊娠　　ヶ月 | いいえ | |
| **10.** 過去にインフルエンザ予防接種を受けたことはありますか？ | はい　　年　　月頃 | いいえ | |
| 「“はい”の場合」、接種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 | |
| 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？ | はい（予防接種名　） | いいえ | |
| 11.ここ 4 週間以内で、何らかの予防接種を受けましたか？ | はい（予防接種名　） | いいえ | |
| 12.鶏卵が原因で発疹や蕁麻疹が出たり、体調が悪くなったことはありますか？ | はい | いいえ | |
| 13.近親者の中で予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか？ | はい（予防接種名　） | いいえ | |
| 14.近親者に先天性免疫不全と診断された方はいますか？ | はい | いいえ | |
| 15.ここ 1 ヶ月以内で、家族や周囲に麻疹・風疹・水痘・おたふく風邪にかかった方はいますか？ | はい（病名　） | いいえ | |
| 16. その他、接種希望の方の健康状態について医師に伝えておきたいことがあれば具体的（投薬状況など）にご記入下さい。 | | | |

医師記入欄

以上の問診並びに診察の結果、本日の予防接種は（　実施可能　見合わせた方が良い　）と判断致しました。ご本人または保護者の方に対し、予防接種の効果・副反応、及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について説明致しました。医師の署名＿＿＿＿＿＿＿＿

ご本人（保護者の方）記入欄

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・副反応などについて理解した上で、接種に（　同意します　同意しません　）

18 歳以上署名欄：受ける方の名前 ＿＿＿＿＿＿＿＿

17 歳以下署名欄：保護者の名前 ＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄：　）

※ご記入頂いた個人情報はインフルエンザ予防接種の問診に関してのみ使用致します。

| 使用ワクチン名 | 用法・用量 | | 実施場所・医師名・接種日時 |
|---|---|---|---|
| | 皮下接種 | 0.5ml（3 歳以上） | 実施場所：柏たなかファミリー耳鼻咽喉科<br>医 師 名：岡吉 洋平<br>接種日時：令和　年　月　日　時　分 |
| Lot No：　カルテ No: | | | |