

# インフルエンザ予防接種予診票

承諾同意書2024年度版

太枠内全てご記入ください。

|              |              |                             |        |
|--------------|--------------|-----------------------------|--------|
| 住所           | 電話           | アルコール消毒により<br>かぶれたことはありますか？ |        |
| 学籍番号<br>職員番号 | 生年月日<br>(西暦) | 年 月 日生<br>(満 歳 カ月)          | はい いいえ |
| ふりがな         | 氏名           | 体温<br>度 分                   |        |

| 質問事項  | 回答欄                    |            |
|---|------------------------|------------|
| 1. 今日受ける予防接種について説明文を読んで理解しましたか  | いいえ                    | はい         |
| 2. 今日、体に具合の悪いところがありますか<br>具体的な症状 ( )  | はい                     | いいえ        |
| 3. 現在、何かの病気で医者にかかっていますか 病名 ( )<br>・それに対し治療(投薬など)を受けていますか<br>・主治医より今日の予防接種を受けてよいといわれましたか                   | はい<br>はい・いいえ<br>はい・いいえ | いいえ        |
| 4. 最近1ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか<br>病名 ( )   | はい                     | いいえ        |
| 5. 特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、免疫不全症、その他の病気)<br>にかかり医師の診断を受けたことがありますか<br>病名 ( )<br>・主治医より今日の予防接種を受けてよいといわれましたか | はい<br>はい               | いいえ<br>いいえ |
| 6. 間質性肺炎、気管支喘息等の呼吸器系疾患と診断されたことがありますか<br>年 月頃 (現在治療中・治療していない)  | はい                     | いいえ        |
| 7. 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        |
| 8. ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ( )歳頃<br>そのときに熱がでましたか  | はい<br>はい               | いいえ<br>いいえ |
| 9. 薬や食品(鶏肉・鶏卵等)で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなった<br>ことがありますか<br>薬・食品の名前 ( )                                       | はい                     | いいえ        |
| 10. これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか<br>予防接種名・症状 ( )   | はい                     | いいえ        |
| 11. 1ヵ月以内に予防接種を受けましたか<br>予防接種の種類 ( )  | はい                     | いいえ        |
| 12. 1ヵ月以内に近親者や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった<br>方がいますか 病名 ( )   | はい                     | いいえ        |
| 13. (女性の方に)現在妊娠していますか   | はい                     | いいえ        |
| 14. 今日の予防接種について質問がありますか<br><small>具体的にご記入ください</small>   | はい                     | 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。本人に対して予防接種の効果、<br>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した。 | 医師署名<br>又は押印 |
|---|--------------|

|  |                   |                 |
|--|-------------------|-----------------|
| インフルエンザワクチン接種について予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、<br>医薬品医療機器総合機構法に基づく救済等の説明を確認し承諾同意しますか。<br>また接種中に予期しない状況が発生した場合、医師が必要と判断した処置を受ける<br>ことについても併せて承諾同意し、上記を踏まえ、接種を希望しますか。 | いいえ               | はい              |
|  | 同意せず接種を<br>希望しません | 同意し接種を<br>希望します |
| 本人<br>署名   |                   |                 |

記載いただきました個人情報 Wakuchin 接種の予診に関してのみ使用いたします。

|         |               |      |                     |
|---------|---------------|------|---------------------|
| ワクチン名   | インフルエンザHAワクチン | 実施場所 | 杏林大学<br>井の頭キャンパス診療所 |
| 用法用量    | 0.5mL(皮下接種)   |      |                     |
| Lot.No. |               | 医師名  | 上記医師                |
| 接種年月日   | 2024年         |      |                     |