

		診察前の体温	度	分
住所		電話		
フリガナ				男 ・ 女
氏名				
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成	年	月	日生 (満 歳)

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日のインフルエンザの予防接種について説明を読みましたか	はい	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	はい	いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか 病名()	はい	いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか	はい	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いわれましたか	はい	いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか	はい	いいえ	
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください ()	はい	いいえ	
薬や食品で発しんやじんましんが出るなどのアレルギーがありますか	はい	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	はい	いいえ	
①その際に具合が悪くなったことはありますか	はい	いいえ	
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	はい	いいえ	
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	
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類()	はい	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()	はい	いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	はい	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()	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	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 ・ 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 医師の署名又は記名押印
-------	---

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.	皮下 0.5mL	実施場所:佐久総合病院 本院 医師名 接種年月日 年 月 日

インフルエンザ予防接種希望書	
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性、重篤な副反応の可能性について理解した上で、 ワクチンの接種を希望しますか。 (希望する ・ 希望しない)	
年 月 日	被接種者自署:
	代筆者氏名: 続柄:

----- キリトリ -----

インフルエンザ予防接種済証(被接種者用)

被接種者氏名		実施場所	佐久総合病院 本院
使用ワクチンLot No.		医師名	
接種量	0.5mL	接種年月日	年 月 日