

<教職員用> インフルエンザ予防接種予診票

※予診票はボールペンで記入したものを必ず持参してください。

※体温は事前に測定し、記入してきてください

※接種希望の方は、太枠内のみご記入ください。回答欄にはどちらかに○印をつけてください。

診察前の体温 36 度 5 分

所属	●●学部 ●●専攻	連絡可能な電話番号	(050) 5525 - 0000
フリガナ	ゲイダイ ハナコ	生年月日	西暦 1999 年 7 月 7 日 (満 22 歳)
氏名	藝大 華子	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	

質問事項	回答欄	医師記入
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 <input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/>	
2. 今日受けるインフルエンザの予防接種は今シーズン何回目ですか。	2 回目 <input checked="" type="radio"/> 回目	
3. 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか。	はい 具体的に() <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
4. 現在、何かの病気などで医師にかかっていますか(※処方されている薬等は、16に書いてください)	<input checked="" type="radio"/> はい 病名(高血圧、痛風) <input type="radio"/> いいえ	
5. 最近1ヶ月以内に何か病気にかかりましたか。	はい 病名() <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
6. 最近1ヶ月以内に近親者や周囲に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。	いる 病名() <input type="radio"/> ない <input checked="" type="radio"/>	
7. 最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。	はい 予防接種名() <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
8. 今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。	はい 具体的に() <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
9. 今まで特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症、悪性腫瘍、その他の病気)にかかり、医師の診断を受けたことがありますか。	はい 具体的に() <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
【ある場合】 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良いといわれましたか。	いいえ <input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/>	
10. 今までに間質性肺炎・気管支喘息などの呼吸器疾患と診断されたことがありますか。	はい (歳頃) <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
11. 今までにひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい (歳頃) <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
12. 薬や食品(鶏卵、鶏肉等)で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい 薬、食品名() <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
13. 近親者の中に、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() <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
14. 近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか。	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
15. 【女性の方】現在、妊娠中、または妊娠の可能性はありますか。	はい <input type="radio"/> いいえ <input checked="" type="radio"/>	
16. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば具体的にご記入ください。(※処方されている薬の名称など)	アムロジンOD, フェブリック内服中	

医師記入欄

以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は(実施できる・見合わせた方が良い)と判断します。
本人に対して、予防接種の効果、副反応およ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ました。

医師の署名 _____

エタノール禁止

30分待機(~)

本人記入欄

私は、予防接種の効果・副反応などについて理解したうえで、接種を希望します。

署名 _____

使用ワクチンLotNo.	用法・用量	接種日	実施場所	医師名
	皮下接種 0.5ml	2024 年 月 日	東京藝術大学保健管理センター	医師

記載いただきました個人情報はワクチン接種の予診に関してのみ使用いたします。