

生保・非課税		診察前の体温		度	分
住所	和歌山市				
受ける人の氏名	ふりがな	男	生年月日	平成	年 月 日 (満 歳 か月)
保護者の氏名					
接種対象者分類	1. 基礎疾患を有する者		2. 1以外の者		

質問事項	回答欄		医師記入欄
接種を受ける方の発育歴についておたずねします 生まれたときの体重が少なかったり、出産時、出生後、乳幼児健診などで異常があるといわれたことがありましたか	あった	なかった	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気にかかり、医師の治療(投薬など)を受けていますか 病名 ()	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よいといわれましたか	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()	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に家族や遊び仲間インフルエンザ、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名()	はい	いいえ	
最近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	
新型インフルエンザ又は季節性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	
その際に、具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
これまでにインフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類()	はい	いいえ	
ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか	はい	いいえ	
薬や食品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	いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ()歳頃	はい	いいえ	
そのとき熱がでましたか	はい	いいえ	
近親者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	いいえ	
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	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	
(女性のみ)現在妊娠している、又は妊娠している可能性はありますか	はい	いいえ	
【保護者の記入欄】 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などについて理解した上で、以下のワクチンの接種を希望しますか A型インフルエンザHAワクチン(H1N1株)〔国内産ワクチン〕 アレパンリックス(H1N1)筋注〔グラクソ・スミスクライン株式会社〕 乳濁細胞培養A型インフルエンザHAワクチンH1N1「ノバルティス」筋注用〔ノバルティスファーマ株式会社〕 接種するワクチンにチェックしてください。	平成	年 月 日	(希望します ・ 希望しません) 保護者自署

【医師の記入欄】 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)
保護者に対して、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに予防接種健康被害救済制度について、説明をした。	医師署名又は記名押印

ワクチンメーカー名・ロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
メーカー名		実施場所
Lot No.	ml	医師名
		接種年月日 平成 年 月 日