インフルエンザ予防接種　予診票

1回目	2回目

※接種希望の方は、**太枠内**をご記入ください

診察前の体温	度　　分

住　　所	TEL（　　）　　－			
ふりがな		男・女	生年月日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日生 （　　歳　　か月）
受ける人の氏名				
保護者の氏名				

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日の予防接種は何回目ですか	1回目	2回目	
2. 今日受けられる予防接種について説明文を読みましたか	はい	いいえ	
3.【接種を受けられる方がお子さんの場合】 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか	ある（具体的に）	ない	
4. 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか	ある（具体的に）	ない	
5. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか	はい（病名）	いいえ	
6. 最近1か月の間に病気にかかりましたか	はい（病名）	いいえ	
7. 最近1か月以内に家族や周囲に麻しん、風しん、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）	いいえ	
8. 最近1か月以内に予防接種をうけましたか	はい（予防接種名）	いいえ	
9. 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	はい（具体的に）	いいえ	
10. 今までに特別な病気（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）にかかり医師の診療を受けていますか	はい（具体的に）	いいえ	
11. ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか	ある(いつ頃、回数)	ない	
12. 薬や食品（鶏卵など）で皮膚に発疹や蕁麻疹がでたり、体の具合が悪くなったことがありますか	ある（薬、食品名）	ない	
13.（ご婦人のかたに）現在妊娠しておられますか	はい	いいえ	
14. 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。			

医師の署名

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(成人の方は本人もしくは代理人)のサイン

予診の結果を聞いて今日の予防接種をうけますか（ はい ・ 見合わせます ）

使用ワクチン名	接種量	部位	実施場所・医師名・接種日
Lot No.	□ 0.25mL （6か月以上3歳未満） □ 0.5mL （3歳以上）	ひだり みぎ	実施場所　滋賀県守山市播磨田町3067　医療法人社団　きどわき医院 医師名 接種日

インフルエンザワクチンを受けられる方へ

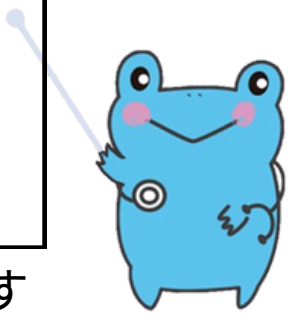
予防接種の目的

接種すると絶対にかからないというわけではなく、極力発症を抑え、症状を軽くし、重い合併症を予防することが目的です。

接種方法

生後6か月から3歳未満	0.25mlを2回接種
3歳～13歳未満	0.5mlを2回接種
13歳以上	0.5mlを1回接種

※2回接種の場合は2～4週間、間隔をあけます



副反応

まれにアナフィラキシーを起こすことがあります。
全身症状としては、発熱、悪寒、頭痛、倦怠感があり、
局所反応としては、注射した部位の腫れ、赤み、痛みがあります。
通常は2、3日で改善します。

接種できない人

1) 接種当日に37.5℃以上の発熱がある方
2) 重篤な急性疾患にかかっている方
3) 予防接種でアナフィラキシーを起こしたことがある方
4) 鶏卵アレルギーがあり、卵を少量でも摂取できない方
（アナフィラキシーを起こしたことがある)
5) 医師が接種不適当と判断した方

きどわき医院