

# ＜教職員用＞インフルエンザ予防接種 予診票

※太枠内をご記入の上、予約日時にお越し下さい。(ボールペンでご記入ください)

診察前の体温 ℃

所属		TEL (内線)	
		E-mail	
フリガナ		男・女	
氏名		生年月日	西暦 年 月 日 (満 歳)

質問事項	回答欄		医師記入
1. 今日受けられ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. 今日受けられ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	1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	ある(具体的に)	ない	
4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか(薬については <b>16</b> に書いてください)	はい(病名)	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)	いいえ	
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)	いない	
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)	いいえ	
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	ある(具体的に)	ない	
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	ある(具体的に)	ない	
[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	はい	
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	ある( 歳頃)	ない	
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	ある( 歳頃)	ない	
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	ある(薬、食品名)	ない	
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	いる(予防接種名)	いない	
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	いる	いない	
15. [女性の方に] 現在、妊娠中、または妊娠の可能性はありますか	ある	ない	
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。(投薬状況など)			

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( 可能・見合わせる )

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、説明した。 医師の署名 \_\_\_\_\_

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。

2019年 月 日 署名(本人) \_\_\_\_\_

使用ワクチンLotNo.	接種量	接種日 ・ 実施場所 ・ 医師名		
	皮下接種 0.5ml	2019年 月 日	東京藝術大学保健管理センター 医師 田中 真理子	

## 領収書 ご自身でお名前をご記入ください

職員用 氏名

金額 **¥2,700** 円

インフルエンザ予防接種代として

\* 領収印なきものは無効

領収印

### 《注意》

接種後30分は、下記症状にご注意頂き、症状が出た場合は速やかに接種会場にお戻りください。

\* アナフィラキシー様症状

通常30分以内に起こるひどいアレルギー反応のこと。  
発汗、顔が腫れる、蕁麻疹が出る、吐気、息苦しい等の症状に続き血圧が下がる。

\* 詳しくは「インフルエンザ予防接種を受けられる方」をご確認ください。