

# 2023年度 インフルエンザ予防接種 予診票

## 学生用 記入例

※太枠内を消えないペンで記入するか○で選択してください。

診察前の体温 **36.3** °C

予防接種当日朝に体温を測定して記入してください。

(フリガナ)	ホケン	ハナコ	<input checked="" type="radio"/> 女性 <input type="radio"/> 男性	生年月日	(西暦)2004年4月12日 (満19歳)
予防接種を受ける人の氏名	保健花子				
住所	〒277-8540 千葉県柏市柏の葉5-1-5				
学籍番号	研究室	所属	教職員		
99-000000	保健・健康研究室 (内線: 63040)			(内線: )	
メールアドレス	hoken.hanako@XX.u-tokyo.ac.jp		連絡のつく電話番号	090-0000-0000	
未成年者の保護者の同意 (18才未満の方のみ)	上記の者が本インフルエンザワクチンの接種を受けることに同意します。 保護者氏名 (自署) (続柄: )				

該当する欄を全てご記入ください。  
記載漏れがあると接種できない場合があります。  
正確に記入してください。

質問事項	回答欄	
今日のインフルエンザ予防接種について、裏面の『インフルエンザワクチンを接種される方へ』を読み、予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
今回のインフルエンザワクチンは今シーズン1回目ですか？	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
現在、何か病気にかかっていますか。(病名: )	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい
治療(投薬など)を受けていますか。(薬の名前: )	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい
(はいの方のみ) 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。	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
今日体に具合の悪いところがありますか。 (症状: 鼻水)	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい
今まで特別な病気(先天性異常、心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患、脳神経の病気、悪性腫瘍、免疫不全症、その他の病気)にかかったことがありますか。 (病名: )	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい
その病気をみ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。	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ
最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 (病名: )	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい
最近1ヶ月以内に、家族や友人に、インフルエンザ、麻疹、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: )	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい
最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。(予防接種名: )	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい
インフルエンザの予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。 (症状: )	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい
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。 (予防接種名: ) (症状: )	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい
薬や食品(特に鶏卵、鶏肉、その他鶏由来のもの)で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。 (薬・食品の詳細: ) (そのときの症状: )	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい
今までにひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。( )歳頃 (はいの方のみ) そのとき熱が出ましたか。	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい
今までに間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断されたことがありますか。	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい
近親者に先天性免疫不全症の方がいますか。	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい
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。 (女性の方のみ) 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。 妊娠している場合、主治医に予防接種を受けることの了解を得ていますか。	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい
健康状態のことで医師に伝えておきたいことや、今日のインフルエンザの予防接種について、何か質問があれば具体的に記入してください。( )		

満18歳未満の方は保護者の同意が必要です。保護者による署名がないと接種できません。

説明文を読んでいない場合は接種できません。裏面を読んでください。

該当する欄を全てご記入ください。  
記載漏れがあると接種できない場合があります。  
正確に記入してください。

予診票の裏にある説明文を読み、理解した上で接種を希望される方は、「希望します」に“○”をし、サインしてください。

被接種者記入欄

上記問診の通り申し、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有効性、重篤な副反応の可能性と医薬品医療機器総則(省令第149号)に基づき救済などについて理解した上で、本日のインフルエンザワクチンの接種を ( 希望します・希望しません )。 本人自署: **保健花子**

医師記入欄

以上の問診等の診察の結果、今日の予防接種は ( 可能・見合わせる )。 医師の署名又は記名押印 \_\_\_\_\_

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量	実施機関、医師名、接種年月日
メーカー名	0.5 mL (皮下)	実施機関: 東京大学 保健・健康推進本部
Lot No.		接種年月日: 20 年 月 日 医師名: _____

# 2023年度 インフルエンザ予防接種 予診票

## 教職員用 記入例

※太枠内を消えないペンで記入するか○で選択してください。

診察前の体温 **36.4** °C

予防接種当日朝に体温を測定して記入してください。

(フリガナ)	ホケン ハナコ		<input checked="" type="radio"/> 女性 <input type="radio"/> 男性	生年月日	(西暦) 1973年4月12日 (満50歳)
予防接種を受ける人の氏名	保健 花子				
住所	〒277-8540 千葉県 柏市 柏の葉 5-1-5				
学籍番号	研究室	教職員	所属	保健・健康研究室 (内線: 63040)	
メールアドレス	hoken.hanako@X.X.u-tokyo.ac.jp		連絡のつく電話番号	090-0000-0000	
未成年者の保護者の同意 (18才未満の方のみ)	上記の者が本インフルエンザワクチンの接種を受けることに同意します。 保護者氏名 (自署) (続柄: )				

該当する欄を全てご記入ください。  
記載漏れがあると接種できない場合があります。  
**正確に記入してください。**

質問事項	回答欄		医師
今日のインフルエンザ予防接種について、裏面の『インフルエンザワクチンを接種される方へ』を読み、予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	
今回のインフルエンザワクチンは今シーズン1回目ですか？	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか。(病名: )	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい	
治療(投薬など)を受けていますか。(薬の名前: )	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい	
(はいの方のみ) 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。	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	
今日体に具合の悪いところがありますか。(症状: 鼻水)	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい	
今まで特別な病気(先天性異常、心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患、脳神経の病気、悪性腫瘍、免疫不全症、その他の病気)にかかったことがありますか。(病名: )	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい	
その病気をみ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。	<input checked="" type="radio"/> はい	<input type="radio"/> いいえ	
最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。(病名: )	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい	
最近1ヶ月以内に、家族や友人に、インフルエンザ、麻疹、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: )	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい	
最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。(予防接種名: )	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい	
インフルエンザの予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。(症状: )	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい	
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。(予防接種名: ) (症状: )	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい	
薬や食品(特に鶏卵、鶏肉、その他鶏由来のもの)で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。(薬・食品の詳細: ) (そのときの症状: )	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい	
今までにひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。( )歳頃	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい	
(はいの方のみ) そのとき熱が出ましたか。	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい	
今までに間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断されたことがありますか。	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい	
近親者に先天性免疫不全症の方がいますか。	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい	
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。	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい	
(女性の方のみ) 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。妊娠している場合、主治医に予防接種を受けることの了解を得ていますか。	<input checked="" type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> はい	
健康状態のことで医師に伝えておきたいことや、今日のインフルエンザの予防接種について、何か質問があれば具体的に記入ください。( )			

説明文を読んでいない場合は接種できません。  
裏面を読んでください。

該当する欄を全てご記入ください。  
記載漏れがあると接種できない場合があります。  
**正確に記入してください。**

予診票の裏にある説明文を読み、理解した上で接種を希望される方は、「希望します」に“○”をし、サインしてください。

被接種者記入欄

上記問診の通り申し、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有効性、重篤な副反応の可能性と医薬品医療機器等法に基づく救済などについて理解した上で、本日のインフルエンザワクチンの接種を ( 希望します ・ 希望しません )。 本人自署: **保健 花子**

医師記入欄

以上の問診等の診察の結果、今日の予防接種は ( 可能 ・ 見合わせる )。 医師の署名又は記名押印 \_\_\_\_\_

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量	実施機関、医師名、接種年月日
メーカー名	0.5 mL (皮下)	実施機関: 東京大学 保健・健康推進本部
Lot No.		接種年月日: 20 年 月 日 医師名: