

2024年度 インフルエンザワクチン接種 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 | 女性          | 生年月日          | (西暦) 2004年 4月 12日 |
| 予防接種を受ける人の氏名               | 保 健                                                  | 花 子   | 男性          |               | (満20歳)            |
| 住 所                        | 〒277-8540 千葉県 柏市 柏の葉 5 - 1 - 5                       |       |             |               |                   |
| 学 生                        | 学籍番号                                                 | 研究室   | 保健・健康研究室    | 教職員           | 所属                |
|                            | 99 - 000000                                          |       | (内線: 63040) |               | (内線: )            |
| メールアドレス                    | hoken.hanako@X.X.u-tokyo.ac.jp                       |       |             | 連絡のつく<br>電話番号 | 090 - 0000 - 0000 |
| 未成年者の保護者の同意<br>(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。<br>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。

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。  
必ず読んでください。

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。

「インフルエンザワクチンを  
接種される方へ」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。

| 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、『インフルエンザワクチンを接種される方へ』を読み、<br>予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。                                                         | はい    |
| 今日のインフルエンザ予防接種は今シーズン1回目ですか？                                                                                                       | はい    |
| 今日体に具合の悪いところがありますか。<br>(症状: 鼻水)                                                                                                   | いいえ   |
| 現在、何か病気で医師にかかっていますか。(病名:<br>(はいの方のみ)治療(投薬など)を受けていますか。(薬の名前:<br>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。<br>(病名:                               | いいえ   |
| 最近1ヶ月以内に、家族や友人に、インフルエンザ、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜ<br>などにかかった方がいますか。(病名:                                                                   | いいえ   |
| 最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。(予防接種名:                                                                                                       | いいえ   |
| 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。<br>(症状:                                                                                          | いいえ   |
| 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がありますか。<br>(予防接種名:<br>(症状:                                                                             | いいえ   |
| 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、<br>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。<br>(病名:<br>(はいの方のみ)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よいといわれま | いいえ   |
| 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。<br>(はいの方のみ) 1 回くらい 最後は 2005 年 1 月ごろ<br>そのとき熱が出ましたか。                                                  | いいえ   |
| 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。                                                                                           | いいえ   |
| 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、<br>体の具合が悪くなったことがありますか。<br>(薬・食品の詳細:<br>(そのときの症状:                                           | いいえ   |
| 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。                                                                                                    | いいえ   |
| 近親者に先天性免疫不全症の方がいますか。                                                                                                              | いいえ   |
| (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。<br>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。                                                        | いいえ   |
| 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<br>あれば具体的に記入ください。(                                                                      |       |

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合機構法に  
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<br>(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: |

## 2024年度 インフルエンザワクチン接種 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<br>体 温                |                                                        | 36.4℃               |                                  |
| (フリガナ)<br>予防接種を<br>受ける人の氏名 | ホ ケ ン ハ ナ コ<br>保 健 花 子                                 | 性別<br>女性<br>・<br>男性 | 生年月日 (西暦) 1973年 4月 12日<br>(満51歳) |
| 住 所                        | 〒277-8540 千葉県 柏市 柏の葉 5 - 1 - 5                         |                     |                                  |
| 学 生                        | 学籍番号 研究室<br>- (内線: )                                   | 教職員                 | 所属 保健・健康研究室<br>(内線: 63040 )      |
| メールアドレス                    | hoken.hanako@X.X.u-tokyo.ac.jp                         |                     | 連絡のつく<br>電話番号 090-0000-0000      |
| 未成年者の保護者の同意<br>(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。<br>保護者氏名 (自署) (続柄: ) |                     |                                  |

予防接種当日朝に  
体温を測定して  
記入してください。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。

| 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、『インフルエンザワクチンを接種される方へ』を読み、<br>予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。                   | はい<br>いいえ |    |
| 今日のインフルエンザワクチンは今シーズン1回目ですか？                                                                 | はい<br>いいえ |    |
| 今日体に具合の悪いところがありますか。<br>(症状: 鼻水 )                                                            | いいえ<br>はい |    |
| 現在、何か病気で医師にかかっていますか。(病名: )                                                                  | いいえ<br>はい |    |
| (はいの方のみ)治療(投薬など)を受けていますか。(薬の名前: )                                                           | いいえ<br>はい |    |
| 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。<br>(病名: )                                                      | いいえ<br>はい |    |
| 最近1ヶ月以内に、家族や友人に、インフルエンザ、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜ<br>などにかかった方がいますか。(病名 )                            | いいえ<br>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: )                                                               | いいえ<br>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。<br>(症状: )                                                  | いいえ<br>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がありますか。<br>(予防接種名: )<br>(症状: )                                   | いいえ<br>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、<br>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。<br>(病名: )       | いいえ<br>はい |    |
| (はいの方のみ)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よいといわれま                                                  | はい<br>いいえ |    |
| 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。<br>(はいの方のみ) 1 回くらい 最後は 1975 年 月ごろ<br>そのとき熱が出ましたか。              | いいえ<br>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。                                                     | いいえ<br>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、<br>体の具合が悪くなったことがありますか。<br>(薬・食品の詳細: )<br>(そのときの症状: ) | いいえ<br>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。                                                              | いいえ<br>はい |    |
| 近親者に先天性免疫不全症の方がいますか。                                                                        | いいえ<br>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。<br>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。                  | いいえ<br>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<br>あれば具体的にご記入ください。( )                          |           |    |

説明文を読んでいない  
場合は接種できません。  
必ず読んでください。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。「インフルエンザワクチンを  
接種される方へ」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<br>基づく救済などについて理解した上で、<br>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<br>(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: |