

住所		診察前の体温	度	分
		連絡先（電話番号）		
（フリガナ） 受ける人の氏名				男 ・ 女
生年月日	明治・大正・昭和・西暦 年 月 日 生（満 歳 か月）			

質問事項	回答欄		医師記入欄
今回受ける予防接種について市区町村から示されている説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
今回の予防接種の効果や副反応等について理解しましたか。	はい	いいえ	
現在体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状（ ）	いいえ	はい	
現在何か病気にかかっていますか。 病名（ ）	いいえ	はい	
治療（投薬等）を受けていますか。	いいえ	はい	
その病気を診てもらっている医師に今回の予防接種を受けてよいと言われましたか。	はい	いいえ	
1か月以内に熱が出たり、病気ににかかったりしましたか。 病名（ ）	いいえ	はい	
1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類（ ）	いいえ	はい	
これまでに心臓・腎臓・肝臓・血液等の病気ににかかったことがありますか。 病名（ ）	いいえ	はい	
免疫不全と診断を受けたことはありますか。	いいえ	はい	
ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。	いいえ	はい	
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。 薬・食品名（ ）	いいえ	はい	
インフルエンザの予防接種を受けたことはありますか。	いいえ	はい	
その際に具合が悪くなったことがありますか。	いいえ	はい	
インフルエンザ以外の予防接種を受けた際に、具合が悪くなったことがありますか。 予防接種の種類（ ）	いいえ	はい	
今回の予防接種について質問がありますか。	いいえ	はい	

接種を受ける者の記入欄	
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度等について理解した上で、 接種することに（同意します・同意しません）。※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。 この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票を市区町村に提出することに同意します。	
接種を受ける者の自署※ (※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び接種を受ける者との続柄を記入)	
代筆者氏名	代筆者の続柄

医師記入欄			
以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は（実施できる・見合わせた方がよい）と判断します。			
接種を受ける者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。			
医師記名			
使用ワクチン・接種情報		実施場所・医師名・接種年月日	
☐ インフルエンザHAワクチン「KMB」 ☐ インフルエンザHAワクチン「生研」 ☐ フルービックHAシリンジ		実施場所：春待坂ハートクリニック 医師名：	
接種量： m L 部位： ☐ 右上腕 ☐ 左上腕		接種年月日：西暦 年 月 日	
L o t N o . : （注）有効期限を確認			

インフルエンザワクチン 接種前にお読みください

春待坂ハートクリニック / 2026-27シーズン

この用紙は、接種を安全に受けていただくための確認事項です。予診票を記入し、該当することや不明な点がある場合は、接種前に医師へお知らせください。最終的な接種の可否は、問診・検温・診察をもとに医師が判断します。

1 どのインフルエンザワクチンでも、接種前に必ずお知らせください

- ・発熱がある、いつもと違う体調不良がある、または急性の病気で治療中である。
- ・現在治療中の病気がある、服用・使用中の薬がある、最近ほかの予防接種を受けた。
- ・過去の予防接種で強い副反応が出た、接種後2日以内に発熱した、全身の発疹などアレルギーを疑う症状が出た、またはけいれんを起こしたことがある。
- ・心臓・腎臓・肝臓・血液・呼吸器の病気、免疫不全の診断歴がある、または近親者に先天性免疫不全症の方がいる。
- ・薬、食品、ワクチン成分、鶏卵・鶏肉などでアレルギー症状を起こしたことがある。

2 注射の不活化インフルエンザHAワクチン

対象製品

- ☐ インフルエンザHAワクチン「KMB」
- ☐ インフルエンザHAワクチン「生研」
- ☐ フルービックHAシリンジ

接種を受けられない主な場合

- ・明らかな発熱がある場合。
- ・重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな場合。
- ・接種する製品の成分でアナフィラキシーを起こしたことが明らかな場合。
- ・その他、医師が予防接種を行うことが不適当な状態と判断した場合。

特に医師へ相談が必要な場合

- ・間質性肺炎・気管支喘息などの呼吸器疾患がある、または免疫抑制作用のある治療を受けている。
- ・妊娠中または妊娠している可能性がある。接種の有益性が危険性を上回ると医師が判断した場合に接種します。
- ・「KMB」「生研」にはチメロサルが含まれます。過去にチメロサルを含む製剤で過敏症があった方は必ず申し出てください。

接種量（電子添文上）

- ・6か月以上3歳未満：0.25mLを皮下に、およそ2～4週間の間隔をおいて2回接種します。
- ・3歳以上13歳未満：0.5mLを皮下に、およそ2～4週間の間隔をおいて2回接種します。
- ・13歳以上：0.5mLを皮下に1回、またはおよそ1～4週間の間隔をおいて2回接種します。
- ・2回接種する場合は、免疫効果を考慮すると4週間の間隔をおくことが望ましいとされています。