

【英語】成城木下病院 インフルエンザ予防接種 予診票

任意接種用

ID: _____

*Please fill in the boxes and answer to all of the questions below.

※接種希望の方は、太ワク内をご記入下さい。

Body temperature
before exam
診察前の体温

°C

Home Address 住所	TEL () -		
KATAKANA Name of Patient 予防接種を受ける人の氏名	M F	Date of Birth 生年月日	/m /d
(Name of Guardian) (保護者の氏名)	Age (years months)		

Questions	Answers		医師記入欄
1. Did you read and understand the explanation about the vaccination you are about to get today? (今日受ける予防接種について説明を読んで理解しましたか)	No	Yes	
2. How many times have you taken the influenza vaccination this season? (今日のインフルエンザ予防接種は、今シーズン何回目ですか)	() times: Date of last shot (/)		
3. 【 If the patient is a child 】 (お子さんが接種する場合) Have this child every been told that he/she has any abnormality during or after birth? (分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか)	Yes (Specify below)	No	
4. Do you have anything wrong with your health condition today? (今日、具合の悪いところはありますか)	Yes (Specify below)	No	
5. Are you currently going to a doctor for any kind of disease? (現在、何かの病気で医師にかかっていますか)	Yes (Name of disease)	No	
6. Have you been sick in the last month? (最近1か月以内に病気にかかりましたか)	Yes (Name of disease)	No	
7. Have you or anyone in your family contracted measles, rubella, chickenpox or mumps in the last month? (1か月以内に家族や周囲で麻疹・風疹・水痘・おたふく風邪にかかった人はいますか)	Yes (Name of disease)	No	
8. Have you taken any vaccinations in the last month? (1か月以内に予防接種を受けましたか)	Yes (Name of vaccination)	No	
9. Have you ever taken an influenza vaccination? (インフル予防接種歴はありますか)	Yes	No	
① [前回はいつ?] Last time (Around y /m)			
② [その際に不調は?] Have you ever felt sick after taking an influenza vaccination?	Yes (Symptom:)	No	
③ [インフル以外の予防接種で不調は?] Have you ever felt sick after taking any other vaccines?	Yes (Name of vaccine:) (Symptom:)	No	
10. Have you ever been diagnosed with a congenital abnormality or any heavy disease? (今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症、悪性腫瘍などの診断を受けたことがありますか)	Yes (Specify below)	No	
Did your physician permit you to take this vaccination? (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良いと言われましたか)	Yes	No	
11. Have you ever had convulsions or seizure? (けいれん・ひきつけを起こしたことはありますか)	Yes (Around y , ___ times) Last attack: y /m	No	
Did you have any fever at that time? (その際に発熱しましたか)	Yes (°C)	No	
12. Have you ever been diagnosed as interstitial pneumonia or asthma? (これまで間質性肺炎、気管支炎と診断されたことはありますか)	Yes (Around y /m) Still under treatment Not under treatment	No	
13. Have you ever had rashes, hives or any other reaction to certain medicine or food? (e.g chicken eggs/chicken meat) (特定の薬や食品などでアレルギーを起こしたことはありますか)	Yes (Specify below)	No	
14. Do you have anyone in your close family who ever got sick after taking any vaccinations? (近親者の中に、予防接種後に具合が悪くなった人はいましたか)	Yes (Name of vaccination)	No	
15. Have you or anyone in your close family ever been diagnosed with a congenital immunodeficiency? (あなたまたは近親者に先天性免疫不全と診断された方はいますか)	Yes	No	
16. 【For female patients】 Are you currently pregnant? (現在妊娠していますか)	Yes	No	
17. Please specify if you have anything you would like to tell the doctor. (E.g. About your medication status)			

医師の記入欄: 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(もしくは保護者)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。
医師署名又は記名押印

After the examination with the doctor, have you understood the explanation and possible side effects? (医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応の可能性などについて理解した上で、接種を希望しますか) (YES, I want to get the vaccination ▪ NO, I do not want to get the vaccination)	Patient's Signature (Guardian's Signature)
--	--

使用ワクチン名・LOT NO	Lot No.	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
インフルエンザHAワクチン □「ビケンHA」 □フルービックHAシリンジ □「KMB」 □KM/バイオロジクス □デンカ生研 □「生研」 □「化血研」	シール貼付	皮下接種 □0.25mL (6ヶ月以上3歳未満) □0.5mL(3歳以上)	成城木下病院 医師名: 接種年月日: 年 月 日