

# Preliminary questionnaire before anti-influenza vaccination

## インフルエンザ予防接種 予診票

\* If you want to receive vaccination, fill out the items in thick-lined boxes.

※接種希望の方は、太ワク内にご記入下さい

Body temperature  
before examination

診察前の体温

°C

度

分

Address 住所	TEL ( ) -		
Name of recipient 受ける人の氏名	Male/ Female	Date of birth Age	( years and months)
Name of parent or surrogate 保護者の氏名	男 ・ 女	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 ( 歳 ヶ月)

Questions 質問事項	Answers 回答欄		Doctors comments 医師記入欄
1. Have you read the explanation of the vaccination that you are going to receive today? 今日受けられる予防接種について説明文を読みましたか	Yes はい	No いいえ	
2. Is this the first or second vaccination this year? 今日の予防接種は何回目ですか	First 今年初めて	Second 2回目	
3. [If the recipient is a child] Was there any abnormality during delivery, at birth, or at infant examinations? 【接種を受けられる方がお子さんの場合】 分娩時、出生時、乳幼児検診などで異常がありましたか	Yes (please specify) ある(具体的に)	No ない	
4. Is there anything unusual about your condition today? 今日、ふだんと違って具合の悪いところがありますか	Yes (please specify) ある(具体的に)	No ない	
5. Are you treated by a doctor for any disease now? 現在、何かの病気で医師にかかっていますか	Yes (what disease?) はい(病名)	No いいえ	
6. Have you contracted any disease during the past 1 month? 最近1ヶ月の間に病気にかかりましたか	Yes (what disease?) はい(病名)	No いいえ	
7. Has anyone of your family or those close to you contracted measles, rubella, chickenpox, or mumps within 1 month? 最近1ヶ月以内に家族や周囲に麻疹、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか	Yes (what disease?) いる(病名)	No いない	
8. Have you been vaccinated within 1 month? 最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか	Yes (what vaccination?) はい(予防接種名)	No いいえ	

9. Have you ever become sick after vaccination before? 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	Yes (please specify) はい(具体的に)	No いいえ	
10. Have you ever been diagnosed by a doctor to have a special disease (congenital anomaly, diseases of the heart, kidney, liver, cerebral nerves, immunological deficiency, or others)? 今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気)にかかり医師に診断を受けていますか	Yes (please specify) はい(具体的に)	No いいえ	
11. Have you ever had a fit of convulsions? ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか	Yes (What age? How often?) はい(いつ頃、何回ぐらい)	No ない	
12. Have you ever developed rash or urticaria or become sick after taking a drug or eating particular foods (e.g. chicken, eggs)? 薬や食品(鶏肉、鶏卵など)で皮膚に発疹やじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか	Yes (What drug or food?) ある(薬、食品名)	No ない	
13. [If you are a woman] Are you pregnant now? 【ご婦人の方に】現在妊娠しておられますか	Yes はい	No いいえ	
14.			
15. Please write anything that you want to tell the doctor about the state of your health in specific terms (e.g. state of medications). 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下さい(投薬状況など)			

To be entered by physician  
医師の記入欄

On the basis of the above inquiry and examination, I judge that today's vaccination should be (proceeded/cancelled).  
以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(可能、見合わせる)

Physician's signature  
医師のサイン

After hearing the results of the preliminary evaluation, will you receive vaccination today? (Yes/No)  
予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか(はい・見合わせます)

Signature of the recipient's surrogate (if adult, recipient in person or a surrogate)  
保護者(成人の方もしくは代理人)のサイン

Name of vaccine used 使用ワクチン名	Volume of vaccination 接種量	Place of vaccination, name of physician, time of vaccination 実施場所・医師名・接種日時
Biken HA 「ビケン HA」  Lot No.	(subcutaneous vaccination) (皮下接種)  mL	Place: 実施場所  Doctor's name: 医師名  Time: Time                      Day                      Month                      Year 接種日時 平成                      年                      月                      日                      時                      分