

インフルエンザ予防接種予診票(2026年度)

学生番号・教職員番号		氏名		診察前の体温	度	分
所属	☐ 学生 ☐ 専任教職員 ☐ 非常勤教職員 ☐ KUサポート ☐ その他					男・女
生年月日	昭和・平成・令和					年 月 日生 (満 歳)

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日のインフルエンザの予防接種について配布されている説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
今日の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	いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか。(病名)	はい	いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか。	はい	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい	いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。()	はい	いいえ	
ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか。	はい	いいえ	
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
①その際に具合が悪くなったことはありますか。	はい	いいえ	
②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。	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい	いいえ	
1カ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類 () 実施日 (月 日)	はい	いいえ	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 病名 ()	はい	いいえ	
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言われましたか。	はい	いいえ	
最近1カ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名 ()	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

※ご記入いただく個人情報の取扱い
この予診票にご記入いただいた個人情報は、インフルエンザ予防接種のためにのみ利用します。当該個人情報は、駒澤大学にも提供されます。その他は、接種者様の健康を守る場合や法令に基づく場合を除き、外部に提供または委託することはありません。個人情報のご記入は接種者様に任意性がありますが、正確にご記入いただけない場合は、医師の診断が正確にできないなど、接種者様に重大な不利益をもたらす恐れがあります。なお、個人情報の開示、訂正、利用停止等のご相談がある場合は、一般財団法人全日本労働福祉協会総務部(03-5767-1711)まで、お問い合わせください。
【個人情報保護管理者 専務理事】

※上記記載の個人情報の取り扱いに ()同意する ()同意しない

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(可能・見合わせる) 本人に対して、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、説明した。 医師署名又は記名押印
-------	---

ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
Lot.No.	ml	実施場所: 駒澤大学駒沢キャンパス 医師名 接種年月日 令和 8 年 10 月 日

インフルエンザ予防接種希望書(医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。)
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、
医師又は看護師による接種を希望しますか。(接種を希望します・接種を希望しません)

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。

令和 8 年 10 月 日 被接種者自署