

インフルエンザ予防接種予診票

*接種希望の方へ：太ワク内にご記入下さい。

*お子さんの健康状態をよく把握している保護者をご記入下さい。

		診察前の体温	度	分
住 所	TEL()	-		
受ける人の氏名	男	生年	昭和	年 月 日生
(保護者の氏名)	女	月日	平成	(満 才 カ月)

質 問 事 項	回 答 欄	医師記入欄
1. 今日の予防接種は何回目ですか。	1回目	2回目
2. 今日の予防接種について説明文を読みましたか。	はい	いいえ
3. 今日、ふだんと違って具合の悪いところがありますか。	ある(具体的に)	ない
4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。	はい(病名) 薬を飲んでいますか(いる・いない)	いない
5. ここ1ヵ月の間に何か病気で医師にかかったことがありますか。	ある(病名) 年 月ごろ	ない
6. 今までけいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか。	ある 回ぐらい 最後は 年 月ごろ	ない
7. 免疫不全と診断されたことがありますか。	ある	ない
8. 今までに薬や食べ物で皮ふに発しんができたことがありますか。	ある(薬または食品の名前)	ない
9. たまご又は鶏肉を食べて発しんができたり、下痢をしたことがありますか。	ある 年 月ごろ 今は食べて(いる・いない)	ない
10. 4週間以内に右の予防接種を受けたことがありますか。	麻しん・風しん・おたふくかぜ・ 水痘・BCG・ポリオ・黄熱	ない
11. 1週間以内に不活化ワクチン(質問10以外のワクチン)の予防接種を受けたことがありますか。	ある(予防接種名) 年 月ごろ	ない
12. 生まれてから今までに特別な病気(先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・血液疾患、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。	いる(病名・主治医コメント)	いない
13. 今までに予防接種を受けて特に具合が悪くなったことがありますか。	ある(予防接種名・症状： 年 月ごろ)	ない
14. 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、具体的に書いて下さい。		

医師の記入欄 医師のサイン
 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)

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)	保護者又は本人のサイン
---------------------------------------	-------------

使用ワクチン名	接 種 量	実 施 場 所 ・ 医 師 名
インフルエンザHAワクチン		実施場所 医療法人 久愛会 近藤小児科医院
Lot. No. :		医師名 近 藤 久
カルテNo.	mL	接種日時 平成 年 月 日