

# インフルエンザ予防接種予診票

1回目

2回目

\* 接種希望者の方へ:太ワク内をご記入ください。

\* お子様の場合、健康状態をよく把握している保護者様をご記入ください。

診察前の体温

度

分

住所	〒 _____ 電話番号: _____					
受ける人の氏名		男	生年 月日	S. H. R.	年	月 日
保護者の氏名		女		(満	歳	か月)

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日受ける予防接種について説明文を読んで理解しましたか	いいえ	はい	
2. 今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン何回目ですか 「2回目」と答えた方のみ → 1回目:( 月 日)	1回目	2回目	
3. あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 出生体重 ( )g 分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか 乳幼児健診で異常があるとされたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない	
4. 生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気にかかり、医師の治療(投薬など)を受けていますか。(女性の方へ)現在妊娠していますか。 病名( )	はい	いいえ	
「はい」と答えた方のみ → 主治医の先生には、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	はい	いいえ	
5. 今日体に具合の悪いところがありますか 「はい」と答えた方のみ → 具体的な症状を書いてください ( )	はい	いいえ	
6. 最近1ヶ月以内に、家族や遊び仲間に、インフルエンザ、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか (病名 )	はい	いいえ	
7. 最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類( )	はい	いいえ	
8. 過去に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」と答えた方のみ → その際に具合が悪くなったことはありますか	はい はい	いいえ いいえ	
9. これまでにインフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 「はい」と答えた方のみ → 予防接種の種類( )	はい	いいえ	
10. 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	
11. 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	はい	いいえ	
12. ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ( )歳頃 そのとき熱がでましたか	はい はい	いいえ いいえ	
13. 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか	はい	いいえ	
14. 近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	はい	いいえ	
15. 今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

**医師の記入欄**

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 )

保護者に対して、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、説明をした

医師署名又は記名押印

菅原 秀典

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などについて理解した上で、

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 )

令和 年 月 日 保護者自署

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量	実施場所. 医師名. 接種年月日
メーカー名	0.25 <small>(3歳未満)</small> ml	実施場所 〒391-0001 茅野市ちの257番3 すがわら小児クリニック
Lot No.	0.5	医師名 菅原 秀典
		接種年月日

記載頂きました個人情報はワクチン接種の予診にのみ使用致します