

インフルエンザ予防接種予診票

受ける人の 氏名	(ふりがな)	体温	度	分
生年月日	S・H・R 年 月 日生(満 歳 ヶ月)	TEL	—	—
		性別	男・女	

1. 今日受ける予防接種についての説明文を読みましたか	いいえ	はい
2. 今日受けるインフルエンザ予防接種は、何回目ですか	1回目 ・ 2回目	
3. 今日、体の具合に悪いところがありますか	ある(具体的に)	いいえ
4. 最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか	はい(具体的に)	いいえ
5. 今までに特別な病気(心臓血管系、腎臓、肝臓、血液疾患、免疫不全症、その他の病気)にかかり医師の診察を受けていますか	いる(病名)	いない
(“いる”の場合)その主治医に、今日の予防接種をうけてよいといわれましたか	いいえ	はい
6. 今までにけいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか	ある (回ぐらい) 最終は 年 月ごろ	ない
7. 鶏肉や鶏卵などにアレルギーがありますか?	ある	ない
8. 薬や薬品で皮膚に湿疹や蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	ある(薬または食品名)	ない
9. これ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)	ない
10. 1ヶ月以内に近親者や周囲で麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか	いる(病名)	いない
11. (女性の方)現在、妊娠していますか	はい	いいえ
12. (接種を受けられる方がお子さんの場合) 分娩時、出生時、乳児検診などで異常がありましたか	ある(具体的に)	ない
13. 今日の予防接種について質問がありますか	ある(具体的に)	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 (実施できる ・ 見合わせる) 医師署名又は記名押印

本人(保護者)記入欄
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、接種を受けますか (受ける ・ 見合わせる) 署名

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種年月日
インフルエンザHAワクチン Lot No:	皮下接種 <input type="checkbox"/> 0.5ml (3歳以上) <input type="checkbox"/> 0.25ml (6ヵ月以上3歳未満)	実施場所: 山口小児クリニック 医師名: 今井 文英 接種年月日: 西暦 年 月 日