

インフルエンザHAワクチン接種予診票 (小児用)

回目

接種年月日:

受ける人の氏名		体温	度	分
生年月日	平成 年 月 日生 (満 歳 ヶ月)	電話番号()		性別 男・女

質 問 事 項	回 答 欄	医師記入欄
今日受ける予防接種についての説明文を読みましたか	はい いいえ	
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	あった なかった	
出産後に異常がありましたか	あった なかった	
乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あ る な い	
今日体の具合に悪いところがありますか 症状()	はい いいえ	
鶏肉、鶏卵などにアレルギーがありますか	はい いいえ	
最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか 病名()	はい いいえ	
1ヶ月以内に家族や友達に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか	はい いいえ	
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名(月 日)	はい いいえ	
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、脳神経、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 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いわれましたか	はい いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ()歳頃	はい いいえ	
その時熱はでましたか	はい いいえ	
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	はい いいえ	
ご家族の中に先天性免疫不全症と診断されている方はいますか	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	
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	
その他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	
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) 医師のサイン

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)
保護者のサイン(もしくは代理人のサイン)

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名: インフルエンザHA	皮下接種	実施場所: 山口小児クリニック
メーカー名:		医師名: 山口 乙丸
LOT No. :	ml	接種年月日: 平成 年 月 日