

# インフルエンザ予防接種 予診票

**\* 太枠内をご記入下さい**

住 所		診察前体温	℃
フリガナ		男 ・ 女	生年月日 (満年齢)
受ける人の氏名			
保護者の氏名		電話番号	

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説明書を読みましたか	はい	いいえ	
今日受けられるインフルエンザの予防接種は今シーズン何回目ですか	1回目	2回目	
分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか	あった	なかった	
今日、からだに具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いて下さい( )	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名( )	はい	いいえ	
1か月以内に家族や周囲に麻しん、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	
1か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	
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、医師の診察を受けたことがありますか、病名( )	はい	いいえ	
→その病気で診てもらっている医師に今日の予防接種を受けても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 ( )か月・歳頃 →そのとき、熱がでましたか	はい はい	いいえ いいえ	
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はありますか	はい	いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類( )	ある	ない	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	はい	いいえ	
6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか	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	

医師署名

医師記入欄； 本人(保護者)に予防接種の効果と副反応について説明した。  
 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、接種を希望しますか。

( 接種を希望します ・ 接種を希望しません ) **本人または保護者のサイン**

使用ワクチン名	接種量	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ワクチン	(皮下接種) <input type="checkbox"/> 0.25ml(3歳未満) <input type="checkbox"/> 0.5ml(3歳以上)	実施場所 (医) 松下こどもクリニック 医師名 松 下 享 接種年月日 令和 年 月 日
Lot No.		