

インフルエンザ予防接種予診票

住 所			電話番号 () -
ふりがな氏 名	(男 ・ 女)	生年月日	昭和 / 平成 年 月 日
保護者名	(歳 ヶ月)		
接種年月日	令和 年 月 日	診 察 前 の 体 温	度 分
質 問 事 項			回 答 欄
今日体の具合の悪いところがありますか？ 具合の悪い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
最近1か月以内に家族や遊び仲間に麻しん、風しん、水痘、おたふく等の 病気の方がいましたか？(病名)			はい いいえ
4週間以内に予防接種を受けましたか？(接種名)			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
*上の欄で「はい」と答えた方のみ→ 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 と言われましたか？			はい 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が ありますか？(卵アレルギー 有 ・ 無)			はい いいえ
家族の中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
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなった事がありますか？ (接種名)			はい いいえ
家族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接種を受けましたか？			はい いいえ
過去にインフルエンザの予防接種を受けた事がありますか？ (年頃)			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
<女性の方へ> 妊娠中又は妊娠の可能性はありますか？			はい いいえ
現在授乳中ですか？			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)			医師のサイン

副反応として、局所の発赤、腫脹、疼痛、また全身反応として発熱、悪寒、頭痛等を認める事があります。
また本日は、過激な運動を避け、異常な症状を呈した場合は速やかに当院までご連絡下さい。

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、接種を希望されますか？ (は い ・ 見 合 わ せ ま す)	本人：保護者のサイン (18歳未満)
---	--------------------

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量
メーカー名	右・左
LotNO.	ml