

インフルエンザ予防接種予診票

任意接種用

※接種希望の方は、太ワク内にご記入下さい。

		診察前の体温		度	分
住 所		TEL. ()		—	
フリガナ		男・女	生年 月 日	明治	年 月 日生
受ける人の氏名				大正	(歳 カ月)
(保護者の氏名)				昭和	
			平成		

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（裏面）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1回目ですか。	いいえ (回目)	はい	
3. 今日、体に具合の悪いところがありますか。	ある (具体的に)	ない	
4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。	はい (病名) 薬をのんでいますか (いる・いない)	いいえ	
5. 最近1カ月以内に病気にかかりましたか。	はい (病名)	いいえ	
6. 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	
7. 近親者に先天性免疫不全と診断された方がいますか。	はい	いいえ	
8. 今までけいれん (ひきつけ) をおこしたことがありますか。	ある 回ぐらい 最後は 年 月ごろ	ない	
9. 薬や食品 (鶏肉、鶏卵など) で皮膚に発疹やじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか。	ある (薬または食品の名前)	ない	
10. これまで気管支喘息と診断され、現在、治療中ですか。	はい 年 月ごろ (現在治療中・治療していない)	いいえ	
11. 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	
12. 1カ月以内に家族や周囲で麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。	ある (病名)	ない	
13. 1カ月以内に予防接種を受けましたか。	はい (予防接種名 :)	いいえ	
14. (ご婦人の方に) 現在妊娠していますか。	はい	いいえ	
15. (接種を受けられる方がお子さんの場合) 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。	ある (具体的に)	ない	
16. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば、具体的に書いて下さい。			

医師の記入欄

医師の署名

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)

保護者の署名 (もしくは本人の署名)

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時			
インフルエンザHAワクチン “化血研” Lot. No. :	皮下接種 mL	実施場所 :	医師名 :	接種日時 :	平成 年 月 日 時 分
カルテNo.					

予防接種予診票（小児用）

			診察前の体温		度	分
ご住所				電話番号		
お名前	様	男・女	生年月日	昭和・平成 (満才)	年	月 日生 ヶ月)
保護者の方のお名前	様					

質問事項	回答欄		医師記入欄
あなたのお子様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？ 乳幼児健診にて異常を指摘されたことがありますか？	はい	いいえ	
今日体の具合の悪いところがありますか？ 症状 ()	はい	いいえ	
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか？ 病名 ()	はい	いいえ	
1ヵ月以内に家族や遊び仲間 で麻疹・風疹・水痘・おたふくかぜなどの 病気にかかった方はいますか？ 病名 () どなたが ()	はい	いいえ	
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか？ 予防接種名 ()	はい	いいえ	
今まで特別な病気（先天異常、心・腎・肝疾患、 脳神経疾患、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？ 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接種を受けてよいと言われましたか？	はい	いいえ	
ひきつけ（けいれん）をおこした事がありますか？ () 才頃	はい	いいえ	
その時熱は出ましたか？ (度 分)	はい	いいえ	
薬や食品（特にたまご・鶏肉）で発疹やじんましんが出たり、 体の具合が悪くなった事がありますか？	はい	いいえ	
お子さん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	
以前に予防接種を受けて具合が悪くなった事がありますか？ 予防接種名 ()	はい	いいえ	
家族に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか？	はい	いいえ	
6ヶ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	
今日の予防接種について質問はありますか？	はい	いいえ	
医師の記入欄：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、接種を希望しますか？ (接種を希望します・接種を希望しません) 保護者サイン：
--

接種量	接種年月日	実施場所・医師名
		朝日橋胃腸科内科小児科診療所 木下充代