

インフルエンザワクチン予防接種予診票

(医療機関用)

		診察前の体温		度	分
住 所	〒 ー				
受ける人の氏名	男・女	生年 月 日	年	月	日生
保護者の氏名			(満 歳 ヲ月)		

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受けられる予防接種についての説明書を読んで理解しましたか	はい	いいえ	
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 出生体重()グラム			
分娩時に異常がありましたか	あった	なかった	
出生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	
今日身体に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ください()	はい	いいえ	
最近1ヵ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、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	
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)にかかり医師に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	
そのときに熱がでましたか	はい	いいえ	
薬や食品(卵、ゼラチン、その他)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	はい	いいえ	
お子さん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ことがありますか 予防接種の名前()	ある	ない	
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ヵ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がありますか	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			

予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか(はい・見合わせます) 保護者のサイン

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名	
ワクチン名	(皮下接種)	実施場所	にしむらこどもクリニック
Lot No.	0.25ml	医師名	院長 西村 敏
	0.5ml	接種年月日	年 月 日

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。記載いただきました個人情報、予防接種に関する予診のみに使用します。