

# インフルエンザ予防接種予診票

住所		今季 インフルエンザワクチン	1回目・2回目
受ける人の氏名	ふりがな	電話番号	
		性別	男・女
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 (満 歳 ヶ月)	診察前の体温	度 分

質問事項		回答		医師 記入欄
小 学 生 以 下 の 場 合 記 入 の 下 の	出生時の体重を記入してください	g		
	分娩後・出生時に異常がありましたか	はい	いいえ	
	乳児健診で異常があるとされたことがありますか	はい	いいえ	
	最近1ヶ月以内に家族や遊び仲間にインフルエンザ・はしか・風疹・水痘・おたふくかぜの方はいましたか(病名)	はい	いいえ	
今日体に具合の悪いところがありますか (具体的な症状)		はい	いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか(病名)		はい	いいえ	
治療(投薬など)受けていますか		はい	いいえ	
(はいと答えた方) その病気の主治医には、今日の予防接種を受けて良いと言われましたか		はい	いいえ	
心臓病、腎臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか (病名)		はい	いいえ	
(はいと答えた方) その病気の主治医には、今日の予防接種を受けて良いと言われましたか		はい	いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか 又は近親者に免疫不全と診断された方はいますか		はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか (病名)		はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に予防接種を受けていますか (予防接種名)		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 (予防接種名) (症状)		はい	いいえ	
近親者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		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	
(はいと答えた方) その時熱が出ましたか		はい	いいえ	
ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか		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	

<b>医師の記入欄</b>	<b>医師の署名</b>
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について理解した上で、今日の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 )	<b>署名</b> ( 子供の場合、保護者 自署出来ない場合代筆者 )
---	-------------------------------------

使用ワクチン名	用法・容量	実施場所・医師名・接種日時
ロットNo. シール貼付又は記載	皮下接種	実施場所: LeMonおとなとこどものクリニック 医師名:
ID番号:	ml	接種日時: 令和 年 月 日 :