

インフルエンザ予防接種予診票

		診察前の体温	度	分
住 所				
受ける人の氏名		男	平成 年 月 日生	
保護者の氏名		女	(満 才 ヶ月)	
質 問 事 項		回 答 欄		医師記入欄
今日受けるインフルエンザの予防接種について説明書を読みましたか。		いいえ	はい	
今日の予防接種の効果や副反応について理解しましたか。		いいえ	はい	
現在、何かの病気にかかっていますか。		はい	いいえ	
病名()				
治療(投薬など)を受けていますか。		はい	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。		いいえ	はい	
お子さん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。		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	
乳児検診で異常があると言われたことがありますか。		ある	ない	
生まれてから今までに、けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。		はい	いいえ	
()歳頃				
その時熱は出ましたか。		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、血液疾患、その他の病気)にかかり医師の診察を受けていますか。		はい	いいえ	
病名()				
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。		いいえ	はい	
薬や食品(特に鶏卵、鶏肉、その他の鶏由来のもの)で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。		はい	いいえ	
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。		ある	ない	
①その際に具合が悪くなったことはありますか。		ある	ない	
②インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことがありますか。		ある	ない	
予防接種名()				
4週間以内になにか予防接種を受けましたか。		はい	いいえ	
予防接種の種類と接種日(/)				
1ヶ月以内に家族や友達に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。		はい	いいえ	
病名()				
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。		はい	いいえ	
病名()				
今日、体に具合の悪いところがありますか。		はい	いいえ	
あれば、その症状を書いて下さい。()				
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・見合わせる)

保護者のサイン _____

ワクチン	接種量	接種場所・医師名・接種日
メーカー名: Lot. No:	皮下接種 mL	医療機関名 : 川崎幸クリニック 医師名: 接種年月日: 年 月 日