

インフルエンザ予防接種 予診票

任意接種

※太枠内をご記入ください

住所		体温	度	分
フリガナ		男	生年	S H R
受ける人の氏名		・	月日	年 月 日
保護者の氏名		女	満	才 か月
		電話		

質問事項	回答欄	
1. 今日受ける予防接種について説明文書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何回目ですか	1回目	2回目
3. 現在、何か病気にかかっていますか、また今日、具合の悪いところがありますか 病名、具合の悪いところ ()	ある	ない
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 (病名)	はい	いいえ
4. 1ヶ月以内に家族や遊び仲間に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 具体的に ()	はい	いいえ
5. 1ヶ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
6. インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか その際に具合がわるくなったことがありますか (症状)	いいえ	はい
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 (予防接種名・症状)	はい	いいえ
7. 過去に特別な病気 (先天異常、心臓・腎臓・肝臓・脳神経の病気、免疫不全症、血液疾患、その他) にかかったことがありますか (病名)	はい	いいえ
8. これまで間質性肺炎や気管支喘息などの呼吸器疾患と診断され、現在治療中ですか (現在治療中 ・ 治療していない)	はい	いいえ
9. (7, 8がある場合) 病気の主治医には、今日の予防接種をうけても良いと言われましたか	はい	いいえ
10. 過去にひきつけ (けいれん) をおこしたことがありますか (歳頃)	はい	いいえ
11. 薬や食品 (鶏卵、鶏肉など) 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りした ことがありますか (薬または食品の名前)	はい	いいえ
12. 【女性の方に】現在妊娠していますか	はい	いいえ
13. 【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 ()	はい	いいえ
14. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや今日の予防接種について質問があれば具体的に書いてください		

【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) 医師サイン 山元 純子 印

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) _____

ワクチンロット番号	接種量	実施医療機関・医師名
	(皮下接種)	実施医療機関: やまもと小児科アレルギー科
	<input type="checkbox"/> 0.5 ml (3才以上)	医師名: 山元 純子
	<input type="checkbox"/> 0.25 ml (3才未満)	接種年月日: 令和