

自費 予防接種予診票 (インフルエンザ 1回目)

診察前の体温 度 分 (平熱 度 分)

住 所			電 話	()	
受ける人の氏名	ふりがな	男	生年月日	昭和	平成
		女		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
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 () g		
分娩時に異常がありましたか なに ()	なかった あった	
出生後に異常がありましたか なに ()	なかった あった	
乳児健診で異常があるといわれたことがありますか なに ()	ない ある	
今日体に具合の悪いところがありますか 症状 ()	いいえ はい	
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか 病名 () いつ (月 日 ~ 月 日)	いいえ はい	
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 () いつ (月 日 ~ 月 日)	いいえ はい	
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名 () いつ (月 日)	いいえ はい	
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)にかかり医師の診察を受けていますか 病名 ()	いいえ はい	
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	いいえ はい	
熱があるとき 回 熱がないとき 回 最終 年 月 日		
薬や食品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 何で () 症状 ()	いいえ はい	
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	いいえ はい	
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 予防接種名 () 症状 ()	ない ある	
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 誰が () 予防接種名 () 症状 ()	いいえ はい	
6ヵ月以内に輸血あるいはガンマグロブリン(注参照)の接種を受けましたか	いいえ はい	
今日の予防接種について質問がありますか なに ()	いいえ はい	
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うけますか (はい ・ 見合わせます) 保護者のサイン

注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがありこの注射を3~6ヵ月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。

▼医師記入欄

実施場所 医師名		接種(予診)年月日	平成 年 月 日
	使用ワクチン	ワクチン名	インフルエンザワクチン
		ロット番号	
		接種量	(皮下接種量) 左 m l