

[インフルエンザ (回目)予防接種予診票]

住所	〒 -			診察前の体温	℃
フリガナ		男・女	生年月日	T・S・H・R 年 月 日生	
受ける人の氏名			年齢	(満 歳 か月)	
保護者の氏名		電話番号		-	-

下記の質問事項を読んで黒のボールペンで具体的に記入、または○で囲んでください。

質問事項		回答欄		医師記入欄
1	予防接種についての説明を読み、理解しましたか。	はい	いいえ	
2	接種を受ける方がお子様の場合おたずねします。			
	出生体重()g 分娩時・出生後に異常がありましたか。	はい	いいえ	
	乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか。	はい	いいえ	
3	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	
4	最近1カ月以内に病気にかかりましたか。病名()	はい	いいえ	
5	1カ月以内に家族や遊び仲間に麻疹・風疹・水痘・おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。病名()	はい	いいえ	
6	4週間以内に予防接種をうけましたか。 予防接種の種類()接種日(月 日)	はい	いいえ	
7	現在、何かの病気で医師にかかっていますか。病名()	はい	いいえ	
	薬を飲んでいますか。	はい	いいえ	
8	今までに先天性異常、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()	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	
9	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	
	その時熱が出ましたか	はい	いいえ	
10	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。 薬・食品名()	はい	いいえ	
11	近親者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	
12	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()	はい	いいえ	
13	近親者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	
14	(12歳以上の女性の場合)現在、妊娠の可能性はありますか。	はい	いいえ	
15	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	問診及び診察の結果、今日の予防接種は	可能 ・ 見合わせる	医師署名又は 記名押印	山田 裕史
本人(保護者)記入欄	医師の説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解したうえで、接種することに		同意します ・ 同意しません	
署名	受ける人の氏名	代筆者の氏名		

ワクチン名	メーカー/ロット	皮下接種	接種量	実施場所	山田外科医院
インフルエンザ		(3歳以上)	<input type="checkbox"/> 0.5 ml	医師名	山田 裕史
		(6ヵ月以上3歳未満)	<input type="checkbox"/> 0.25ml		
				接種日	令和 年 月 日