

インフルエンザ予防接種予診票

(1回目 ・ 2回目)

診察前の体温

度 分

住所	TEL			
受ける人の氏名	男女	生年月日	平成・令和	年 月 日
保護者の氏名			(歳	ヵ月)

質 問 事 項	回答欄		医師記入欄
お子さま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。 出生後に異常がありましたか。 乳幼児検診で異常があるとされたことがありますか。	あった あった ある	なかった なかった ない	
今までに、先天異常・呼吸器・心臓・腎臓・肝臓・脳神経・免疫不全症・その他・特別の病気にかかり、医師の治療(投薬など)を受けていますか。 病名()	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よいといわれましたか。	はい	いいえ	
今日体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状を書いてください。()	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に、家族や周囲に、インフルエンザ、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。 (病名)	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類 ()	はい	いいえ	
これまでにインフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。 その際に具合が悪くなったことはありますか。	はい はい	いいえ いいえ	
これまでにインフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 予防接種の種類 ()	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	
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。	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 そのとき熱ができましたか。	はい はい	いいえ いいえ	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか。	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	

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)。
 保護者に対して、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応、医薬品医療機器総合機構法による救済制度について説明した。
 医師の署名又は記名押印 林辺 英正

保護者の記入欄
 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、以下のワクチンの接種を (希望します ・ 希望しません)。
 保護者の署名

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量	実施場所. 医師名. 接種年月日		
インフルエンザHAワクチン メーカー名	<input type="checkbox"/> 0.25 ml (3歳未満)	実施場所	林辺こどもクリニック	
Lot No.	<input type="checkbox"/> 0.5 ml (3歳以上)	医師名	林辺 英正	
		接種年月日	令和	年 月 日