

# インフルエンザ予防接種予診票 ( 1回目 ・ 2回目 )

太枠内をお書きください (○で囲む、または具体的に記入)

体温は自宅を出る直前に測って記入のこと

体温	.	℃
----	---	---

ふりがな			男・女	生年月日	年	月	日生
氏名	さん				(満	歳	か月)

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、効果や副反応、健康被害救済制度について理解しましたか	はい いいえ	
2 今日、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	
3 1か月以内にカゼなど病気にかかりましたか 病名 ( )	はい いいえ	
4 生れてから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	
→「はい」の方は、その病気の主治医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	
5 けいれんをおこしたことがありますか これまで ( ) 回、最後のけいれんは ( ) 歳時	はい いいえ	
→「はい」の方は、その病気の主治医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	
6 タマゴのアレルギーはありますか 具体的な症状 ( )	はい いいえ	
7 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 (「はい」の方は以下に記載を) 予防接種名・症状 ( )	はい いいえ	
8 【12歳以上の女性の方】現在、生理が遅れている、または妊娠の可能性はありますか	はい いいえ	
9 今日の予防接種について質問がありますか (「はい」の方は以下に記載を) ( )	はい いいえ	

医師記入欄	問診及び診察の結果、今日の予防接種は実施できると判断します	小柳 富彦 
-------	-------------------------------	---

保護者記入欄	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を希望します 保護者サイン→	
--------	---	--

※この予診票は予防接種の安全性の確保を目的としています。記載いただいた個人情報は予防接種に関するこのみに使用します。ご了承ください。

以下医院記録欄

Lot.No.	接種部位		接種量		実施場所・医師名・接種年月日
	1回目	2回目	3歳以上	3歳未満	
2024	左腕	右腕	0.5mL	0.25mL	こやなぎ小児科 / 小柳富彦