

# インフルエンザ予防接種予診票 ( 1回目 ・ 2回目 )

体温

℃

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計測

ふりがな		男・女	生年月日	平成	年	月	日生	
氏名						(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、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	
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 1か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人がいましたか 病名 ( )	はい いいえ	
5 4週間以内に予防接種を受けましたか 接種日 ( / ) 予防接種名 ( )	はい いいえ	
6 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	
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	
7 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 そのとき熱が出ましたか	はい いいえ	
8 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	
9 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	
10 (12歳以上の女性の場合)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	
11 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 実施できる と判断します	医師名	小柳富彦 ④
-------	---------------------------------	-----	--------

保護者記入欄	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 こと の みに 使用 します。 ご了承 ください。

以下記録欄

Lot.No.	接種部位	年齢/接種量	実施場所・医師名・接種年月日
2017	1回目 2回目 左腕 ・ 右腕	3歳以上 3歳未満 0.5 mL ・ 0.25mL	こやなぎ小児科 小柳富彦