

インフルエンザワクチン接種予診票 1回 2回

診察券番号	受診時の体温 ℃
受ける人の名前	男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 生年 昭和・平成・令和 年 月 日生
保護者の氏名	月 日 (才 ヶ月)
住所	TEL

質 問 事 項 (あてはまる項目を○でかこんで下さい)	回 答 欄	
保護者の方に、お子様の発育歴についておたずねします 分娩時、出生後、乳幼児健診で異常があるといわれましたか あった場合は、どんな異常を指摘されましたか	あ っ た	な かつ た
今日体の具合の悪いところがありますか あれば、その症状をお書きください ()	は い	い い え
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	は い	い い え
1ヶ月以内に家族や友達に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がおられますか 病名 ()	は い	い い え
1ヶ月以内に予防接種を受けられましたか (予防接種名)	は い	い い え
生まれてから今までに特別な病気 (先天性異常、心臓、腎臓、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おられますか。 病名 ()	は い	い い え
その病気を診てもらってる医師に今日の予防接種を受けてもいいといわれましたか	は い	い い え
ひきつけ (けいれん) を起こしたことがありますか () 歳頃	は い	い い え
そのときに熱はでましたか	は い	い い え
薬や食品 (特に卵、鶏肉など) で皮膚に発疹やじんましんがで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
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 具合が悪くなった場合はその予防接種名 ()	は い	い い え
妊娠可能な方にお聞きします。現在、妊娠していますか	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)
医師署名欄	

予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか。	(受ける ・ 見合わせます)
保護者のサイン (お子様の場合)	-----
本人のサイン (中学生以上の場合)	-----

使用ワクチン名	接 種 量	実 施 場 所 ・ 医 師 名	
製造番号・Lot	右 左 1回 2回 0.25ml 0.5ml	実 施	吹田市上山手町30番6号 (医) 山上小児科クリニック
		接 種 日 時	年 月 日