インフルエンザ予防接種予診票

住所			診察前の体温	℃
ふりがな		男 ・ 女	生年月日	
受ける方の氏名			年　月　日（　歳　か月）	
保護者氏名		電話番号		

下記の質問事項を読んでご記入ください（○で囲む、または具体的に記入してください）

今年度何回目の接種ですか（当てはまる方を○で囲んでください）　1回目　2回目

2回目の方は初回から少なくとも2週間以上間隔があいていますか　いいえ　はい

（例　月曜日に初回接種　→　2回目は2週間後の月曜日以降）

	質問事項		回答欄		医師記入欄
1	予防接種の説明を読み、効果や副反応、健康被害制度について理解しましたか		いいえ	はい	
2	接種を受ける方の発育歴についてお尋ねします				
		分娩時に異常がありましたか	はい	いいえ	
		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、具合の悪いところはありますか 具体的な症状（　）		はい	いいえ	
4	最近1か月以内に病気にかかりましたか　病名（　）		はい	いいえ	
5	1か月以内に家族や周囲に麻しん・風しん・水痘・おたふく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受けましたか　予防接種名（　）		はい	いいえ	
7	6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射はうけましたか		はい	いいえ	
8	これまでに先天性異常・心臓・腎臓・肝臓・脳神経・免疫不全症・その他の病気の診断を受けていますか　病名（　）		はい	いいえ	
	その病気を診ている医師に今日の予防接種を受けて良いと言われましたか		はい	いいえ	
9	ひきつけ（けいれん）をおこしたことはありますか		はい	いいえ	
	そのとき熱はでましたか		はい	いいえ	
10	薬や食品でじんましんが出たり、体調が悪くなったことはありますか 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で体調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して具合が悪くなった方はいますか		はい	いいえ	
14	（女性の方に）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	
15	今日の予防接種について質問はありますか		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　・　見合わせる　）と判断します 医師署名または押印

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 本人または保護者署名

ワクチン名	回数	接種部位	接種量	ロット
インフルエンザ	回目	左腕　右腕　その他	0.25ml　0.5ml	

実施場所	医師名	接種年月日
もねの里こどもクリニック	古舘　和季	年　月　日