

インフルエンザワクチン予診票

1 2 回目

| | | | |
|---------|-----|---------------|--------------------|
| 住所 | 〒 | 診察前の体温 | ℃ |
| フリガナ | | 生年月日 (満年齢) | 昭和・平成・令和 年 月 日生 |
| 受ける人の氏名 | 男・女 | | (満 歳 か月) |
| 保護者の氏名 | | 電話番号 | — — |

下記の質問事項をていねいに読んで黒のボールペンでお書きください (○で囲む、または具体的に記入してください)

| No. | 質問事項 | 回答欄 | | 医師記入欄 |
|-----|---|-----|-----|-------|
| 1 | 予防接種についての注意書きを読み、理解しましたか | いいえ | はい | |
| 2 | 接種を受ける人の発育歴についておたずねします | | | |
| | 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、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 | |
| 4 | 最近、1ヶ月以内に病気にかかりましたか 病名() | はい | いいえ | |
| 5 | 1ヶ月以内に家族や周囲に麻疹、風しん、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 | |
| 6 | 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 | |
| 7 | 6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射をうけましたか | はい | いいえ | |
| 8 | 生ま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 | |
| | その病気を診て貰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 | |
| 9 | ひきつけ (けいれん) をおこしたことがありますか () 歳頃 | はい | いいえ | |
| | そのとき熱が出ましたか | はい | いいえ | |
| 10 | 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 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 | |
| 13 | 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 | |
| 14 | (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がありますか | はい | いいえ | |
| 15 | 今日の予防接種について質問がありますか | はい | いいえ | |
| 16 | 食品 (特に鶏卵、鶏肉、その他の鶏由来のもの) 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 食品名 () | はい | いいえ | |
| 17 | インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか | はい | いいえ | |
| | ①前回受けたのは (年 月頃) ②その際に具合が悪くなったことはありますか | 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・見合わせたほうがよい) と判断します | 医師署名 |
|-------|--|------|

| | | |
|--------|--|-----------|
| 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予防接種を希望します | 本人又は保護者署名 |
|--------|--|-----------|

| ワクチン名 | 回数 | メーカー/ロット | 使用期限 | 接種部位 | 摂取量 | 実施場所・医師名・接種年月日 | |
|---------------------|----|----------|------|-----------|--------|----------------|-------------|
| インフルエンザ (6ヶ月~2歳) | | | / / | 左 右 上腕 上下 | 0.25ml | 実施 場所 | もりわき 小児科 |
| インフルエンザ (3歳~) | | | / / | 左 右 上腕 上下 | 0.5ml | 医師名 | 守脇 孝成 |
| | | | / / | 左 右 上腕 上下 | ml | | |
| | | | / / | 左 右 上腕 上下 | ml | 接種日時 | |
| | | | / / | 左 右 上腕 上下 | ml | 年 月 日 | |
| | | | / / | 左 右 上腕 上下 | ml | 時 分 | |