

<診察前に体温を自宅で測ってきて下さい!>

(37.5℃以上の人は接種できません!)

インフルエンザ予防接種予診票

任意接種用

※接種希望の方は、太ワク内にご記入ください

		体温	度	分
住所	フリガナ	TEL () -		
受ける人の氏名	(保護者の氏名)	男・女	生年月日	年 月 日 (歳 か月)

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日受ける予防接種について説明文(裏)を読んで理解しましたか	いいえ	はい	
2. 今日受けるインフルエンザ 予防接種は今シーズン1回目ですか	いいえ (回目)	はい	
3. 今日、体に具合の悪いところがありますか	ある (具体的に)	ない	
4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか	はい (病名)	いいえ	
5. 最近1か月以内に病気にかかりましたか	はい (病名)	いいえ	
6. 今までに特別な病気 (先天性異常・心臓・腎臓・肝臓・血液・免疫不全症・その他) にかかり医師の診察を受けたことがありますか	ある (病名)	ない	
7. 近親者に先天性免疫不全症と診断された方はいますか	いる	いない	
8. 今までけいれん(ひきつけ)をおこしたことはありますか	ある	ない	
9. 薬や食品(鶏肉、鶏卵など)で皮膚に発疹や蕁麻疹がでたり、体の具合が悪くなったことがありますか	ある (何で)	ない	
10. これまで、気管支喘息と診断されたことがありますか	ある	ない	
11. 予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか	ある	ない	
12. 1か月以内に家族や周囲で麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどにかかった方はいますか	いる (病名)	いない	
13. コロワクチンを受けましたか? 受けた方は日付を記載して下さい	はい →① / 、② /	いいえ	
14. (女性の方に) 現在妊娠していますか	はい	いいえ	
15. (小児の方)分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか	ある (具体的に)	ない	
16. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば、具体的に書いてください。			

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)	医師の署名
--	-------

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上で、接種を希望しますか。(希望します・接種を希望しません)	保護者の署名 (もしくは本人の署名)
---	--------------------

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
インフルエンザ HAワクチン Lot. No. :	皮下接種 ml	実施場所: おおば小児科 医師名: 大場 悟 接種日時: 年 月 日