

インフルエンザワクチン予防接種予診票 ①・②

平成 年 月 日

住所		TEL	— —
ふりがな	男	生年	平成 年 月 日生 (満 歳 ヶ月)
受ける人の氏名	女	月 日	
保護者の氏名	診察前の体温		度 分

予防接種を安全に行うために以下の質問にお答え下さい	
今日の体調はいかがですか * 具合の悪いところを書いて下さい ()	よくない よい
最近1ヶ月以内に体調を崩したり病気をしましたか * 病名または具合が悪かったところを書いて下さい ()	はい いいえ
1ヶ月以内に家族や近い人で麻しん、風しん、水ぼうそうなどの病気になった方がいますか * 病名 () どなたが ()	はい いいえ
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか * 予防接種の種類 () 月 日	はい いいえ
今までにインフルエンザワクチンを受けたことがありますか * 去年 一昨年 毎年 以前 ()	はい いいえ
インフルエンザワクチンで何か具合が悪いことがありましたか * どのようなこと ()	はい いいえ
これまでに受けた予防接種で具合の悪いことがありましたか * 予防接種の種類 () どの様なこと ()	はい いいえ
今までに特別な病気(先天性異常、心臓、肝臓、脳神経、免疫不全、その他の病気)にかかり医師に診察を受けたことがありますか * 病名 ()	はい いいえ
その医師からインフルエンザワクチンを受ける許可をもらっていますか	はい いいえ
薬や食品で「じんましん」など具合の悪いことがありましたか * その薬品や食品が分かっていたらお書き下さい ()	はい いいえ
『女性のみ』 妊娠していますか * 現在 () 週です	はい いいえ
インフルエンザワクチンについて質問がありますか * 質問内容を []	はい いいえ

問診および診察の結果、接種は (可能)・(見合わせる) 医師のサイン

予診結果を聞いて今日の予防接種を受けますか (はい ・ いいえ) 保護者または本人のサイン
--

* 医師記入欄

使用ワクチン名	接種量	部位
インフルエンザ HA ワクチン 有効期限 平成 年 月 日 Lot No.	(皮下接種) 回目	左 右
	0.25ml 0.5ml	

医療法人社団 星瞳会
まなこどもクリニック
院長 原木真名