

インフルエンザ予防接種予診票

①・②

どちらかに
○をつけて下さい。

住所				TEL	— —	
ふりがな				男女	生年月日	平 令 年 月 日 (歳 ヶ月)
受ける人の氏名						
保護者の氏名				診察前の体温		度 分

質問事項 (次の質問に答え、○をしてください。)		回答欄		医師記入欄
1	今日体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。()	はい	いいえ	
2	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	
3	1ヶ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどの病気の方が いましたか。()	はい	いいえ	
4	3週間以内に下記の予防接種を受けましたか。	はい	いいえ	
	受けた場合は、以下に日付を記入し、ワクチン名に○をしてください。 月 日 インフルエンザ			
5	生まれてから今までに特別な病気(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)にかかり医師に診療を受けていますか。 病名()	はい	いいえ	
	その病気を診てもら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。	いいえ	はい	
6	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	
	そのときに熱がでましたか。	はい	いいえ	
7	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。 その薬や食品が分かっていたらお書きください。()	はい	いいえ	
8	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。 予防接種の名前(症状:)	ある	ない	
9	家族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	
10	『女性のみ』妊娠していますか。(現在 週です。)	はい	いいえ	
11	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
以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は (可能 ・ 見合わせる)。医師のサイン

予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか。(はい・見合わせる)
保護者または本人のサイン

使用ワクチン名	Lot No.	皮下接種	接種部位	接種年月日
インフルエンザ		0.25 0.5	左手 右手 左足 右足	

まなこどもクリニック