

インフルエンザワクチン接種予診票

1 回目

2 回目

ふりがな		男・女	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 (満 歳 か月)	
被接種者氏名				診察前体温	度 分
保護者氏名					

当院が初めてのの方は住所と電話番号(代表者のみ)

電話

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日 体の具合の悪いところがありますか あれば、その症状と治療薬等をお書きください ()	はい	いいえ	
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	
1か月以内に家族や友達にインフルエンザ、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 病名()	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名()	はい	いいえ	
生後今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気)にかかり医師の診察を受けたことがありますか 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もいいといわれましたか	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん) を起こしたことがありますか () 歳頃 その時熱はでましたか	はい はい	いいえ いいえ	
薬や食品(ニワトリの肉や卵など)で皮膚に発疹やじんま疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
接種を受ける方やその兄弟の中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	
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 予防接種名()	はい	いいえ	
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	
6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	はい	いいえ	
保護者の方に お子様の発育歴についておたずねします 出生時体重() g 分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか 乳児検診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった はい	なかった なかった いいえ	
成人女性の方へ 現在、妊娠している可能性はありますか	はい	いいえ	
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)

医師のサイン

樫本 龍次

予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか (受ける ・ 見合わせる)

保護者のサイン (お子様の場合)

本人のサイン (大人の場合)

使用ワクチン	用法・用量	接種場所・医師名・接種日時
名称:インフルエンザHAワクチン	皮下接種	医療機関名:つばきもと医院
メーカー名:	3才未満0.25mL	医師名: 樫本 龍次
製造番号:	3歳以上0.5mL	接種日時: 年 月 日() 時 分