

インフルエンザ予防接種 予診票

1回目	2回目	2回目
	1回目も当院	1回目は他院
該当する回数に○を		

住所				電話番号					
ふりがな				男・女	生年月日 (年齢)	平成	年	月	日
受ける人の氏名						(満	歳	ヶ月)	
保護者の氏名				診察前の体温		度	分		

該当項目に○を — 年齢区分 (3歳未満 ・ 3~12歳 ・ 13歳以上)

質問事項	回答欄		医師記入欄
	ある	ない	
これまでにインフルエンザの予防接種を受けたことがありますか	ある	ない	
接種後に接種部位が腫れたことがありますか	ある	ない	
接種後に熱が出たり具合が悪くなったことがありますか	ある	ない	
生まれたときの体重が少なかったり、出産時、出生後、乳幼児検診などで異常があるといわれたことがありますか	あった	なかった	
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、その他の病気にかかり、医師の治療(投薬など)を受けていますか 病名()	はい	いいえ	
その病気の主治医には、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	
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください ()	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に、家族や遊び仲間に、インフルエンザ、麻疹、風しん、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	
最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類()	はい	いいえ	
これまでにインフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類()	はい	いいえ	
ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか	はい	いいえ	
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	はい	いいえ	
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	
そのとき熱がでましたか	はい	いいえ	
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	
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	
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	
(女性のみ)現在妊娠している、又は妊娠している可能性はありますか	はい	いいえ	

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)

保護者(本人)に対して、予防接種の効果、副反応及び
予防接種健康被害救済制度について説明をした

医師署名又は記名押印 _____

インフルエンザ予防接種の説明文を読み、医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、接種を希望しますか → → → (接種を希望します ・ 接種を希望しません)

平成 年 月 日 保護者自署 _____

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量	実施場所、医師名、接種年月日			
メーカー名 <input type="checkbox"/> 化血研 <input type="checkbox"/> 北里	ml	実施場所	新潟県柏崎市西本町1-4-34 おぎた小児科医院		
<input type="checkbox"/>		医師名	荻田 安時		
Lot No.		接種年月日	平成	年	月 日