

インフルエンザ予防接種予診票

住 所			今季インフルエンザ 1回目・2回目
受ける人の氏名	ふりがな	電話番号	
		性 別	男 ・ 女
生年月日	平成・令和 (満 年 月 日 歳 か月)	診察時の体温	度 分

質 問 事 項	回 答 欄		医 師 記 入 欄
小学生以下の場合は出生体重を記入してください。(g)			
分娩後・出生後に異常がありましたか。	は い	いいえ	
乳児健診で異常があるとされたことがありますか。	あ る	な い	
今日体に具合の悪いところがありますか。 (具体的な症状)	は い	いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか。病名 () 治療(投薬など)を受けていますか。 (はいと答えた方) 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	
最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか。 病名 ()	は い	いいえ	
最近1か月以内に家族や遊び仲間に、インフルエンザ・はしか・風疹・水痘・おたふくかぜの方が いましたか。病名 ()	は い	いいえ	
最近1か月以内に予防接種を受けていますか。 (予防接種名:)	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はありますか。 (予防接種名:) (症状:)	あ る	な い	
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	
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	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。()歳頃 (はいと答えた方) そのときに熱がでましたか。	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人はいますか。	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	

医師の記入欄	医師の署名
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をした上で、今日の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)	保護者の署名

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
ロットNo.シール貼付又は記載	皮下接種	実施場所: 日本赤十字社医療センター 小児保健部 医 師 名:
ID番号:	mL	接種日時: 令和 年 月 日