

インフルエンザワクチン接種予診票

回目

(18才未満)

フリガナ 受ける人の名前		生年月日	年 月 日(満 歳 ヶ月)	
保護者氏名		男・女	診療前体温	度 分
住 所			電話番号	

質問事項	回答欄		医師記入欄
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 出生体重(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 乳児健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 ある	なかった なかった ない	
今日、体の具合の悪いところがありますか あれば、その症状をお書きください()	はい	いいえ	
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	
1ヶ月以内に家族や友達に麻疹、風疹、水痘、おたふく風邪などの病気の 方がいましたか 病名()	はい	いいえ	
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名()	はい	いいえ	
生まれてから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、その他病気)にかかり医師の診察を受けていますか 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) その時熱は出ましたか	はい はい	いいえ 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	
卵・鶏肉を食べて発疹が出たり、下痢を起こしたりしたことがありますか	はい	いいえ	
お子さん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投与を受けましたか	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 以下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 (受ける・見合わせる)
保護者のサイン

使用ワクチン	接種部位	接種量	接種場所・医師名・接種日時
	左 ・ 右	0.25 . 0.5 ml	ふたばこどもクリニック 柴田 徹 牛久市ひたち野東2-20-6 年 月 日 時 分