

インフルエンザ予防接種予診票

診察前の体温 度 分

住所				電話番号	—		
(ふりがな)	()	男・女	生年月日	昭和・平成・令和	年 月 日生	歳 か月	
氏名							

1回目・2回目		回答欄		医師記入欄
質問事項				
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか	はい	いいえ		
現在、何か病気にかかっていますか 病名 ()	はい	いいえ		
治療(投薬など)を受けていますか	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もよいと言われましたか	はい	いいえ		
今日、体の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		
1ヵ月以内に家族や仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか	はい	いいえ		
6ヵ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか	はい	いいえ		
薬や食品で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)を起こしたことがありますか	はい	いいえ		
1ヵ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		
先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液疾患、脳神経、免疫不全症などの病気にかかっ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よいと言われましたか	はい	いいえ		
最近1ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか 病名 ()	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		
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	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		
女性の方へ				
現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか	はい	いいえ		
今日の予防接種について質問ありますか	はい	いいえ		

医師記入欄 医師署名 いなべこどもクリニック
 以上の問診及び診察の結果、今日は予防接種は(可能 ・ 見合わせる) 出口 美智子

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
Lot No.		実施場所 〒511-0224 いなべ市員弁町大泉2512-1 医師名 いなべこどもクリニック 院長 出口 美智子 TEL (0594)-84-0123
	ml	接種年月日 年 月 日

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)
 この予診票は、予防接種の安全性を確保を目的としています。 本人(もしくは保護者)署名