

インフルエンザ予防接種 予診票

任意接種用

太ワク内をご記入ください。

住所	電話：――――		
ふりがな 予防接種を受ける人の 氏名	男 ・ 女	年　月　日生 (　歳　　か月)	診察前の体温 ℃
保護者の氏名			

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日受けられる予防接種について説明文を読んで理解しましたか	はい	いいえ	
2. 今日受けられるインフルエンザの予防接種は今シーズン何回目ですか	1回目	2回目	
3. 【お子さんの場合】分娩時、出生時、乳幼児健診で異常がありましたか	ある（具体的に）	ない	
4. 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか	ある（具体的に）	ない	
5. 現在、何かの病気で医師にかかりていますか	はい（病名）	いいえ	
6. 最近1カ月以内に何か病気にかかりましたか	はい（病名）	いいえ	
7. 最近1カ月以内に近親者や周囲に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか	いる（病名）	いない	
8. 最近4週間以内に予防接種を受けましたか	はい（予防接種名）	いいえ	
9. インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか	はい	いいえ	
①前回受けたのは（　年　月ごろ）	ある（症状：　）	ない	
②その際に具合が悪くなったことはありますか	ある（予防接種名（症状：　）	ない	
③インフルエンザ以外の予防接種で具合が悪くなったことがありますか			
10. 今までに特別な病気（先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症、悪性腫瘍など）にかかり、医師の診断を受けたことがありますか（「ある」の場合）その病気を診ている医師に、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	ある（具体的に）	ない	
11. 今までにひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか（「ある」の場合）ひきつけ（けいれん）を起こしたとき、熱はでましたか	ある（年月ごろ） (最後は、年月ごろ) （　℃）	ない	
12. 今までに間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断されたことがありますか	ある（年月ごろ） (治療中・治療していない)	いいえ	
13. 薬や食品（鶏卵、鶏肉など）で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなつたことがありますか	ある（薬、食品名）	ない	
14. 近親者の中に予防接種を受けて、具合が悪くなつた方はいますか	いる（予防接種名）	いいえ	
15. 近親者に先天性免疫不全と診断された方はいますか	はい	いいえ	
16. 【ご婦人の方に】現在、妊娠していますか	はい	いいえ	
17. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば具体的にご記入ください（投薬状況等）			

医師の記入欄：以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は

医師の署名または記名押印

(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した上で、接種を希望しますか。	(はい ・ いいえ)	本人の署名（もしくは保護者の署名）
--	---------------------	-------------------

使用したワクチン	接種部位	接種量	接種日時	実施場所・医師名
	<input type="checkbox"/> 左上腕 <input type="checkbox"/> 右上腕 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢	<input type="checkbox"/> 0.25mL <input type="checkbox"/> 0.5mL		新都心こどもクリニック さいたま市大宮区吉敷町4-262-10 松井ビル4階 医師 松澤 重行