



インフルエンザ 予防接種 予診票

(1 , 2 回目)

住所	〒 島根県松江市		診察前の体温	度	分
ふりがな		男・女	生年月日 (満年齢)	平成	年 月 日生
受ける人の氏名			(満年齢)	(満	歳 月 日生 か月)
保護者の氏名		電話番号	-	-	

下記の質問事項をていねいに読んで黒のボールペンでお書きください (○で囲む、または具体的に記入してください)

質問事項		回答欄		医師記入欄
1	予防接種についての説明を読み、効果や副反応、健康被害救済制度について理解しましたか？	はい	いいえ	
2	接種を受ける人の発育歴についておたずねします。	はい	いいえ	
	出生体重 () g	はい	いいえ	
	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？ 乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか？	はい	いいえ	
3	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	
4	最近、1か月以内に病気にかかりましたか？ 病名 ()	はい	いいえ	
5	1か月以内に家族や周囲に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどの病気の人がいきましたか？ 病名 ()	はい	いいえ	
6	4週間以内に予防接種を受けましたか？ 接種日 (/) 予防接種の種類 ()	はい	いいえ	
7	6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射をうけましたか？	はい	いいえ	
8	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よいといわれましたか？	はい	いいえ	
9	ひきつけ (けいれん) を起こしたことがありますか？ () 歳ごろ	はい	いいえ	
	そのとき熱が出ましたか？	はい	いいえ	
10	薬や食品で皮ふに発疹やじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか？ 薬・食品名 ()	はい	いいえ	
11	卵を食べて、アナフィラキシーを起こしたことがありますか？	はい	いいえ	
12	これまで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	
	予防接種の種類 () 症状 ()	はい	いいえ	
13	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	
14	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	
15	(12歳以上の女性の場合) 現在、生理が遅れている、または妊娠の可能性がありますか？	はい	いいえ	
16	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	問診および診察の結果、今日の予防接種は (実施できる ・ 見合わせたほうがよい) と判断します。 医師署名または記名押印
-------	---

保護者記入欄	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うえで予防接種を希望します。 本人または保護者署名
--------	---

ワクチン名	メーカー/ロット	接種量	接種部位	実施場所：島根県松江市上乃木4丁目10-27 くれこどもクリニック
インフルエンザ		<input type="checkbox"/> 6か月～2歳 0.25ml	左 右	医師名： 呉 彰
		<input type="checkbox"/> 3歳以上 0.5ml		接種年月日：

