

# インフルエンザ予防接種予診票

1回目・2回目

ふりがな		男	(保護者の氏名)	診察前の体温
受ける人の氏名		女		度 分
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 ( 歳 か月)			
住所				電話番号 - -

質問事項	回答欄		医師記入欄
1 今シーズン、インフルエンザ予防接種を受けていますか。 接種年月日 1回目(平成 年 月 日)	はい	いいえ	
2 今日、体に具合の悪いところがありますか。(鼻汁 咳 発熱 下痢) (その他具体的に )	はい	いいえ	
3 現在、何かの病気で医師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 はい	いいえ いいえ	
4 最近1ヶ月の間に、何か病気にかかりましたか。 病名( )	はい	いいえ	
5 1ヶ月以内に家族や周囲でインフルエンザ、麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどに かかった方がいますか。病名( )	はい	いいえ	
6 1ヶ月以内に予防接種をうけましたか。 予防接種名( ) 接種月日( 月 日)	はい	いいえ	
7 生まれてから今までに特別な病気(先天性異常・心臓・腎臓・肝臓・血液疾患・免疫不全症・そ の他の病気)にかかり、医師の診察を受けていますか。 病名( )	はい	いいえ	
8 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	
9 薬や食品(鶏卵・鶏肉など)で発疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。 薬または食品の名前( )	はい	いいえ	
10 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	
11 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・症状( )	はい	いいえ	
12 (女性の方に)現在妊娠していますか。	はい	いいえ	

医師の記入欄 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)

本人(もしくは保護者)に対して、予防接種の効果、副反応等について説明しました。 医師名 久米 一成

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、予防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)	本人の署名(もしくは保護者の署名)
---	-------------------

ワクチン名	接種量	実施場所	〒963-8034 郡山市島二丁目50の1
製造所名	(皮下接種)	医師名	医療法人 久米こどもクリニック
Lot.No.	3歳未満 0.25 ml		久米 一成
最終有効年月日	3歳以上 0.5 ml	接種年月日	平成