

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・女	(保護者の氏名)	診察前の体温	
お名前				度	分
生年月日	昭和・平成・令和 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(令和 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 (皮下接種)	実施場所 医師名	〒963-8034 郡山市島二丁目50の1 医療法人 久米こどもクリニック 久米 一成
製造所名			
Lot.No.	3歳以上 0.5 ml		
最終有効年月日			