

インフルエンザ 予防接種 予診票

太線の枠内はすべて記入してください

いずれか一つに○をして下さい ↓

今回が初めての接種の方、 または昨年接種していない方	今年 1 回目	
	今年 2 回目	
昨年度 (2019. 10～2020. 1) 接種した方		

2020 年 月 日 記入		診察前の体温		度 分	
住 所	〒 ()				
受ける人の氏名	男	生 年	年	月	日 生
保護者の氏名	女	月 日	(満 歳	ヶ月)	

質 問 項 目	回 答 欄		医師記入欄
今日、体に具合の悪いところがありますか	ある	ない	
あると回答された方は、その症状をご記入ください 症状 ()			
最近 1 ヶ月以内に病気にかかりましたか	はい	いいえ	
はいと回答された方は、その病名をご記入ください 病名 ()			
1 ヶ月以内に家族や友だちで、麻しん、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	
4 週間以内に予防接種を受けましたか	はい	いいえ	
はいと回答された方は、その予防接種名をご記入ください 予防接種名 ()			
今までに特別な病気 (先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気) にかかり医師に診察を受けていますか	はい	いいえ	
はいと回答された方は、その病名をご記入ください 病名 ()			
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言われましたか	いいえ	はい	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか () 歳頃	ある	ない	
そのときは熱がでましたか	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚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 症状 ()	ある	ない	
接種を受けられる兄弟の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	いる	いない	
これまで予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか	ある	ない	
あると回答された方は、その予防接種名をご記入ください 予防接種名 ()			
家族に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	いる	いない	
6 ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの投与を受けましたか	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	ある	ない	
保護者の方にお子さんの発育歴についてお尋ねします 出生体重 () g 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 乳児検診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない	
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) 医師のサイン			

説明書を読んで、今日の予防接種を受けますか (はい ・ 見合わせます) 保護者(成人は本人)のサイン

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名
インフルエンザ	(皮下接種) 0.25 0.5	京都市南区吉祥院車道町 16 番地 コーポ車道 医療法人健祥会 いまい小児科クリニック 所長 今井博之 接種年月日 2020 年 月 日