

インフルエンザワクチン予診票

住 所				診察前の体温	. °C
フリガナ	受ける人の氏名	男・女	生年月日	平成	昭和
				年	月
保護者の氏名		電 話 番 号		-	-
				歳	ヵ月

下記の質問事項を読んでお書きください（○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	いいえ はい	
2	生育歴について		
	周産期に異常がありましたか ()	はい いいえ	
	乳幼児健診で異常を指摘された事がありますか ()	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ったりお薬を飲みましたか ()	はい いいえ	
5	1か月以内に家族や近い人に、麻疹・風疹・水痘・おたふくかぜなどの病気の人はいましたか 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 予防接種名() 接種日 ()	はい いいえ	
7	6か月以内に輸血またはガンマグロブリンの注射を受けましたか	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、その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか	はい いいえ	
	その病気を診て貰っている医師に今日の予防接種は受けて良いと言われましたか	はい いいえ	
9	ひきつけ(けいれん)をおこありますか ()歳頃	はい いいえ	
	そのとき熱は出ましたか	はい いいえ	
10	薬や食品で発疹やじんましんが出たり、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	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	
12	これまでに予防接種を受けて具合が悪くなった事がありますか 予防接種名()	はい いいえ	
13	※接種が初めての方を除く 前回のインフルエンザワクチン接種後、接種部位に強い腫れや痛みはありましたか	はい いいえ	
14	近親者に予防接種を受け具合が悪くなった方はいますか	はい いいえ	
15	(女性の方)現在妊娠していますか	はい いいえ	
16	今日の予防接種について質問があればお書き下さい()		

医師記入欄	問診及び診察の結果、本日の予防接種は(可能・見合わせる) 本人もしくは保護者に予防接種の効果・副反応及び医薬品医療器機総合機構法に基づく救済について説明した	医師署名または記名押印
-------	---	-------------

保護者(本人)記入欄	医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応等について理解した上で接種を希望します	保護者(本人)署名
------------	--	-----------

ワクチン名	メーカー	ロットNo.	接種部位・回数・接種量	実施場所・医師名・接種日時
インフルエンザ HAワクチン	<input type="checkbox"/> 化血研		左上腕 (1回目)	滋賀県野洲市小篠原869-1 うえだこどもクリニック 医師名 上田達哉 接種年月日
	<input type="checkbox"/> デンカ生研		0.25ml (6か月-3歳未満)	
	<input type="checkbox"/> 北里 (1歳未満禁)		右上腕 (2回目)	0.5ml (3歳以上)