

インフルエンザ予防接種 予診票

	診察前の体温	℃
住所	〒 TEL	
本人氏名	男・女	年 月 日生
保護者氏名	満	歳

質問事項(あてはまる項目を○でかこんでください)	回答欄		医師記入欄
今日受けられる予防接種について説明文を読みましたか	はい	いいえ	
(接種される方がお子さんの場合) あなたのお子さんの発育歴についておたずねします。 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	
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→()			
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→()			
1ヶ月以内に家族や友人で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか	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→()			
1ヶ月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→()			
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→()			
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	ある	ない	
あると回答された方は、何歳頃でしたか→()歳頃			
そのときに熱が出ましたか	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の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、その症状をご記入ください→()			
接種を受けられる方の兄弟の中に先天性免疫不全と診断されている方がいますか	いる	いない	
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	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→()			
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	
現在妊娠していますか	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	

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:

予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか (はい ・ 見合わせます) 保護者(成人の方は本人)のサイン:

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名
Lot No.	(皮下接種)	実施場所 緑園都市耳鼻咽喉科 酒井医院 医師名 ml 接種年月日 :