インフルエンザ予防接種予診票

枠内のみ記入してください

回目

年齢:　　歳　　ヶ月

0.　　ml

★診察前の体温　　度　　分★	
住所	
電話番号	
(ふりがな)	
受ける人の名前	
保護者の名前	
生年月日	年　　月　　日　(満　　歳　　ヶ月)

質問事項	回答欄		医師記入欄
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?　(　　) 乳児健診で異常があると言われたことがありますか?　(　　)	 はい はい ある	 いいえ いいえ ない	
今日身体に具合の悪い所がありますか? 症状(　　)	ある	ない	
最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか? 病名(　　)	はい	いいえ	
1ヶ月以内に家族や友達で麻疹・風疹・おたふくかぜ・水痘などにかかった方がいますか? 病名(　　)	はい	いいえ	
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか? 予防接種名(　　月　　日)	はい	いいえ	
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(　　月　　日)	ある	ない	
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・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? 病名(　　)	はい	いいえ	
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いわれましたか?	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか?　(　　年　　月頃)	ある	ない	
その時に熱はでましたか?	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、身体の具合が悪くなったことがありますか?	ある	ない	
たまご、鶏肉を食べて発疹がでたり、下痢をおこしたことはありますか?	ある	ない	
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?	はい	いいえ	
お子さんの中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	
6ヶ月以内に輸血、あるいは*ガンマグロブリンの接種を受けましたか?	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	

*医師記入欄

以上の問診・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、今日の予防接種を受けますか?　(はい ・ いいえ)　保護者のサイン

――――――――――――――――

使用ワクチン名	接種量	接種場所・医師名・接種年月日
ワクチン名:インフルエンザHAワクチン メーカー名: LOT　No :	(皮下接種) 0.　　ml	実施場所　:　川崎市高津区梶ヶ谷3-7-28-101 かたおか小児科クリニック 医師名　:　片岡 正 接種年月日 :　　年　　月　　日

*ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、重傷の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6ヶ月以内に受けた方は麻疹などの予防接種の効果が充分にでないことがあります。