

インフルエンザ 予防接種予診票 (小児)

任意接種用

※接種希望の方は、太枠内にご記入下さい。

		診察前の体温	度	分	
住所	〒	電話番号			
		携帯番号			
フリガナ		性別	男	・	女
受ける人の氏名		生年月日	年	月	日
(保護者の氏名)			(歳	カ月)

質問事項	回答欄		医師記入欄
① 今日受ける予防接種について説明文(別紙)を 読んでいただけましたか。	いいえ	はい	
② 今日受けるインフルエンザ予防接種は 今シーズン1回目ですか。	いいえ (回目)	はい	
③ 今日体に具合の悪いところがありますか。	ある (具体的に)	ない	
④ 現在何かの病気で医師にかかっていますか。	はい (病名) 薬を飲んでますか? (いる ・ いない)	いいえ	
⑤ 最近1カ月以内に病気にかかりましたか。	はい (病名)	いいえ	
⑥ 今までに特別な病気 (心臓血管系・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。	いる (病名)	いない	
⑦ 近親者に先天性免疫不全と診断された方はいますか。	はい	いいえ	
⑧ 今までけいれん (ひきつけ) をおこしたことが ありますか。	ある 回ぐらい 最後は 年 月頃	ない	
⑨ 薬や食品 (鶏肉、鶏卵など) で皮膚に発疹や蕁麻疹が でたり、体の具合が悪くなったことがありますか。	ある (薬又は食品の名前)	ない	
⑩ これまで気管支喘息と診断され、現在治療中ですか。	はい 年 月頃 (現在治療中 ・ 治療してない)	いいえ	
⑪ これまでに予防接種を受けて特に具合が悪くなった ことがありますか。	ある (予防接種名 :) (症状 :)	ない	
⑫ 1カ月以内に家族や周囲で麻疹、風疹、水痘、 おたふくかぜなどにかかった方がいますか。	いる (病名 :)	ない	
⑬ 1カ月以内に予防接種を受けましたか。 それはいつですか。	はい (予防接種名 :) (接種日 月 日)	いいえ	
⑭ 分娩時、出生時、乳幼児健診などで 異常がありましたか。	ある (具体的に :)	ない	
⑮ その他、健康状態のことで医師に伝えておきたい ことがあれば、具体的に書いて下さい。			

医師の記入欄

医師の署名

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
理解した上で接種を希望しますか。

保護者の署名 (もしくは本人の署名)

(接種を希望します ・ 接種を希望しません)

使用ワクチン名	用法・容量	実施場所 ・ 医師名 ・ 接種日時
Lot.No. :	皮下接種	実施場所 〒141-0022 東京都品川区東五反田1-22-6 五反田さくらビル5F
	6ヶ月以上 3才未満 0.25mL	接種日時 年 月 日 時 分 ハピコワクリニック五反田
	3才以上 0.5mL	医師名