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	
（保護者の氏名）		平成　　年　　月　　日 （　　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　　） 薬を飲んでいますか？（ 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。	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。 （　接種を希望します　・　接種を希望しません　）	保護者の署名（もしくは本人の署名）

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 6ヶ月以上 3才未満 0.25mL 3才以上 0.5mL	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 ハピコワクリニック五反田 接種日時　令和　　年　　月　　日　　時　　分 医師名