

インフルエンザ予防接種予診票

| | | | | 1回目 | | 2回目 | |
|---------|----|----------|-------------|-----|--|-----|--|
| | | | | 体温 | | 度 分 | |
| 住所 | | | | Tel | | | |
| 受ける人の氏名 | 男女 | 生年 月日 | 平成・令和 年 月 日 | | | | |
| 保護者の氏名 | | | (満 歳 カ月) | | | | |

| 質 問 事 項 | 回 答 欄 | | 医 師 記 入 欄 |
|--|----------|------------|-----------|
| 接種を受ける方の発育歴についておたずねします。 生まれたときの体重が少なかったり、出産時、出生後、乳幼児検診などで異常があると いわれたことがありましたか。 | あった | なかった | |
| 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、医師の治療(投薬など)を受けていますか。 病名() | はい | いいえ | |
| その病気の主治医には、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 | |
| 今日体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状を書いてください。() | はい | いいえ | |
| 最近1ヶ月以内に、家族や遊び仲間に、インフルエンザ、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜ などの病気の方がいましたか。 (病名) | はい | いいえ | |
| 最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類() | はい | いいえ | |
| インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。 その際に具合が悪くなったことはありますか。 | はい はい | いいえ いいえ | |
| これまでにインフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 予防接種の種類() | はい | いいえ | |
| ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか。 | 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。 ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。()歳頃 | はい はい | いいえ いいえ | |
| そのとき熱がでましたか。 | はい | いいえ | |
| 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか。 | はい | いいえ | |
| 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 | |
| 今日の予防接種について質問がありますか。 | はい | いいえ | |
| (女性のみ)現在妊娠している、又は妊娠している可能性はありますか。 | はい | いいえ | |

| |
|--|
| <p>医師の記入欄</p> <p>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)。</p> <p>保護者に対して、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに予防接種健康被害救済制度について、 説明をした。</p> <p style="text-align: right;">医師の署名又は記名押印 山内 英子</p> |
|--|

| |
|---|
| <p>保護者の記入欄</p> <p>医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、 ワクチンの接種を (希望します ・ 希望しません)。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日 保護者自署</p> |
|---|

| ワクチンメーカー名、ロット番号 | 接種量 | 実施場所. 医師名. 接種年月日 |
|-----------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| メーカー名 | 0.25cc or 0.5cc | 実施場所 山内医院 医師名 山内 英子 |
| Lot No. | | 接種年月日 令和 6 年 月 日 |