

# インフルエンザ予防接種予診票（1回目 2回目）

受ける人の氏名	フリガナ	男	生年月日	平成・昭和 年 月 日 (満 歳 ヶ月)
保護者の氏名	(TEL )	女	診察前体温	度 分

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種についての説明文を読みましたか	はい	いいえ	
今日 体の具合の悪いところがありますか あれば、その症状をお書きください ( )	はい	いいえ	
最近 1ヶ月以内に病気にかかりましたか いつ頃( ) 病名・症状( )	はい	いいえ	
1ヶ月以内に家族や友達に麻疹、風疹、水ぼうそう、おたふくかせなどの病気の方がいましたか 病名( )	はい	いいえ	
1ヶ月以内にインフルエンザ及びその他予防接種を受けましたか 予防接種名( ) 年 月 日	はい	いいえ	
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( ) 歳頃 その時熱が出ましたか	はい はい	いいえ いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
接種を受ける方の兄弟の中に、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	
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( )	はい	いいえ	
家族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	
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	
保護者の方にお子様の発育歴についておたずねします 出生時体重( ) 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	あった あった	なかった なかった	
乳児検診で異常があるといわれたことがありますか	はい	いいえ	
今日予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	
(御婦人の方のみ) 現在妊娠していますか	はい	いいえ	

**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 \_\_\_\_\_

**保護者の記入欄**

予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか（はい・見合わせる）

保護者のサイン(お子様の場合)

本人のサイン(大人の場合) \_\_\_\_\_

使用ワクチン	接種量	実施場所	医師名	接種年月日
		にしむら小児科	西村 龍夫	