

インフルエンザ予防接種予診票（任意接種）

（ 1回目 ・ 2回目 ）

| | | | | |
|--------|--|--------|-----|----------------|
| 住所 | | 体温 | 度 分 | |
| （ふりがな） | | 男 女 | 生年 | S.H.R 年 月 日生まれ |
| 氏名 | | | 月日 | （ 歳 か月） |
| 保護者の氏名 | | TEL | — | — |

| | 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書（「予防接種と子どもの健康」など）を読みましたか | いいえ | はい | |
| 2 | 今日、体調が悪いところがありますか | はい（ ） | いいえ | |
| 3 | 最近1カ月以内に病気にかかりましたか | はい（ ） | いいえ | |
| 4 | 1カ月以内に周囲で麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜにかかった方がいますか | はい（ ） | いいえ | |
| 5 | 4週間以内に予防接種を受けましたか ※必ず母子手帳で確認して下さい | はい（ 月 日） （ ） | いいえ | |
| 6 | 今までに予防接種で具合が悪くなったことはありますか | はい（ ） | いいえ | |
| 7 | 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）にかかり医師の診察を受けていますか はいの場合、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか | はい（ ） はい | いいえ | |
| 8 | 今までにけいれんをおこしたことがありますか | はい（いつ ） | いいえ | |
| 9 | 薬や食べ物のアレルギーはありますか | はい（ ） | いいえ | |
| 10 | 6カ月以内に輸血やガンマグロブリンの投与を受けましたか | はい | いいえ | |
| 11 | （女性の方に）現在妊娠していますか | はい | いいえ | |
| 12 | （お子さんの場合）出生体重（ g） 分娩時、出生時、健診で異常がありましたか | はい（ ） | いいえ | |
| 13 | 今日の予防接種について質問がありますか | はい | いいえ | |

医師記入欄 本日の予防接種は（可能・見合わせる） 医師のサイン

医師の診断・説明を受け予防接種の効果や目的、副反応の可能性について理解した上で接種することに同意します **本人（保護者）のサイン**

| | | |
|---------|---------------|------------------------------|
| 使用ワクチン名 | 接種量・部位（皮下） | 実施場所 春日市春日原東町 3-36 横山小児科医院 |
| Lot No | 左・右 | 医師名 横山隆人 |
| | 0.25ml 0.5ml | 接種年月日 |