

# 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	<b>4週間以内に予防接種を受けましたか</b> <b>※必ず母子手帳で確認して下さい</b>	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