

インフルエンザ予防接種予診票

【任意】

(1歳未満～13歳未満用)

整理番号記入欄									生年 月日	年 月 日生	診察前の体温
受ける人 の氏名									満 歳 ヵ月	度 分	
住 所	八代市								電話番号		

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裏面の説明を読みましたか		はい	いいえ	
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか		はい	いいえ	
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします				
出生体重()g		いいえ	はい	
分娩時に異常がありましたか		いいえ	はい	
出産後に異常がありましたか		いいえ	はい	
乳児健診で異常があるといわれたことがありますか		いいえ	はい	
今日、体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状()		いいえ	はい	
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか 病名()		いいえ	はい	
1ヵ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、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()		いいえ	はい	
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類()		いいえ	はい	
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか		いいえ	はい	
①その際に具合が悪くなったことがありますか		いいえ	はい	
②インフルエンザ以外の予防接種で具合が悪くなったことがありますか		いいえ	はい	
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、血液疾患、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()		いいえ	はい	
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	
これまで間質性肺炎や気管支喘息等の呼吸器系疾患と診断されたことはありますか		いいえ	はい	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか () 歳頃		いいえ	はい	
そのときに熱がでましたか		いいえ	はい	
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		いいえ	はい	
ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか		いいえ	はい	
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		いいえ	はい	
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 予防接種の種類()		いいえ	はい	
近親者の中に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか		いいえ	はい	
今日の予防接種について質問がありますか		いいえ	はい	
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) 保護者に対して予防接種の効果・副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について説明しました				
医師の署名又は記名捺印 ()				

保護者の記入欄	
医師の診察・説明を受け予防接種の効果や目的、副反応の可能性などについて理解した上で接種することに (同意します・同意しません)	
保護者の署名 ()	

インフルエンザワクチン	接 種 量	実 施 場 所		接 種 月 日	
Lot No.	(皮下接種)	〒866-0883 熊本県八代市松江町485-1 いでアレルギー・呼吸器クリニック		1 回 目	2 回 目
ワクチン有効期限		予 診 ・ 接 種 医 師 名			
	ml	院長 出 口 秀 治			