

インフルエンザ予防接種 予診票

※下の表の太線内を記入するか○で囲んで下さい。

診察券番号

フリガナ			
受ける人の氏名	(男・女)	保護者氏名	
受ける人の生年月日	昭和・平成・令和	年	月 日生 (歳 か月)
住 所			

質 問 事 項	回答欄		医師記入欄
今日(診察前)の体温は何度ですか	度	分	
今日受ける予防接種について配られている説明書を読みましたか	よまない	よんだ	
今日受けるインフルエンザの予防接種は今シーズン何回目ですか	1回目	2回目	
【お子さんがワクチンを接種する場合】			
生まれた時 または 生まれてから 異常がありましたか	あった	なかった	
乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	ある	ない	
今日体に具合の悪いところがありますか 具合の悪い症状を書いてください()	ある	ない	
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか 病名(月 日:)	はい	いいえ	
1ヵ月以内に家族や遊び仲間に麻しん(はしか)、風しん、水痘(みずぼうそう)、 おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名(月 日:)	はい	いいえ	
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名(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、心臓病、腎臓病、肝臓病、脳神経の病気、免疫不全症、 川崎病、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	
”はい”と回答した場合、医師に今日の予防接種を受けてはいけないといわれましたか	はい	いいえ	
輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか	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 月) 頃	はい	いいえ	
”はい”と回答した場合、そのときに熱はありましたか	なかった	あった	
薬や食品で発しんやじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことはありますか	ある	ない	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか 予防接種名()	ある	ない	
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	
お子さん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	
【ご婦人のかたに】 現在妊娠していますか	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか ある場合()	はい	いいえ	

予診医の意見 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 年 月 日)	医師のサイン
---	--------

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、 接種を希望しますか	希望しません	希望します
	本人・保護者サイン	

ワクチン製造会社名 及び LOT 番号	Lot No.	接種量 (皮下接種) <input type="checkbox"/> 0.25mL (6か月以上3歳未満)	医療機関名	ユーカリが丘アレルギーこどもクリニック
有効期限	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 0.5mL (3歳以上)	接種医師名	松山 剛
接種年月日	令和 年 月 日	左 / 右		