

# インフルエンザ予防接種予診票

任意接種用

※体温はご自宅で測定し、記入をお願いします

※保護者の方へ  太枠内をご記入ください。

接種当日の体温 度 分

住所	フリガナ		TEL( ) -
受ける人の氏名	男・女	生年月日	年 月 日生 ( 歳 ヶ月)
保護者氏名			

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説明文を読んで理解しましたか	はい	いいえ	
今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン1回目ですか	はい	いいえ ( 回目)	
出生体重( )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 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない	
今日体に具合が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( )	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名( )	はい	いいえ	
1か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( )	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名( )	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もよいといわれましたか	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか ( )歳頃	はい	いいえ	
そのとき熱がでましたか	はい	いいえ	
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	はい	いいえ	
近親者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 予防接種の名前( )	ある	ない	
(女性の方に)現在妊娠していますか ( 週目)	はい	いいえ	
家族に予防接種を受けて具合が悪くなった人がいますか	はい	いいえ	
※6か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	
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 平山 毅

予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか ( はい ・ 見合せます ) 保護者のサイン

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種日時
ワクチン名	(皮下接種) <input type="checkbox"/> 0.25ml (6ヶ月以上3歳未満)	実施場所 兵庫県南あわじ市榎列上幡多1428-1 医師名 平山こども医院 平山 毅
Lot No.	<input type="checkbox"/> 0.5ml (3歳以上)	接種日時 年 月 日

※(注)ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3~6か月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。