

インフルエンザ予防接種予診票

初回接種

2回目接種

診察券番号	NO.	診察前の体温		度 分	
受ける人の氏名		男	生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日
保護者の氏名は最後の欄のサインで代用しますので、あらかじめ記入しておいて下さい。(はい・見合わせる)は診察時に記入します		女			(歳)
質 問 事 項				回答欄	
今日受ける予防接種についてあらかじめ調べたり説明を受けたことがありますか?				いいえ	はい
今日、いつもと違って具合の悪いところがありますか? あれば具体的に()				はい	いいえ
現在、何か病気で通院し薬をのんでいますか? あれば具体的に()				はい	いいえ
ここ1ヶ月の間に大きな病気にかかりましたか? 病名()				はい	いいえ
1ヶ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風疹、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ヶ月以内に予防接種を受けましたか? 接種日: 接種ワクチン名:				はい	いいえ
今までにけいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか?				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()				はい	いいえ
今までに薬や食べ物で皮膚に発疹やじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか? 薬の名前()、食品の名前()				はい	いいえ
生まれてから今までに特別な病気(先天異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、血液、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() もしあれば その病気の主治医に今日の予防接種を受けても良いと言われていますか(はい・いいえ)				はい	いいえ
6ヶ月以内に輸血またはガンマグロブリンの接種を受けましたか?				はい	いいえ
たまご又は鶏肉を食べて皮膚に発疹ができたことがありますか?				はい	いいえ
今日の予防接種について何か質問がありますか? あれば簡単に記入しておいて下さい。					
予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか? (はい・見合わせる)				保護者のサイン: _____	
インフルエンザワクチン	もう1回	以上と診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる)			
Lot. No. _____	今回の接種で 完了	医師氏名	中 村 千 里		
		接種年月日	年 月 日		