

インフルエンザ予防接種予診票 [12歳以下 1回目]

診察前の体温	度	分
電話番号		
平成	年	月 日
(満 歳 カ月)		

住 所				性別	男 ・ 女	生年月日		
フリガナ				性別	男 ・ 女	生年月日		
受ける方の氏名								
保護者の氏名								

質 問 事 項	回答欄		医師記入欄
インフルエンザの予防接種について説明書を読み、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	
予防接種について質問がありますか。	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 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。 乳幼児検診で異常があると言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	
生まれてから今までに先天性異常、気管支喘息、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治療(投薬など)を受けていますか。 病名 ()	はい	いいえ	
その病気の主治医には、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	
今日体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状を書いてください。 ()	はい	いいえ	
最近1週間以内に家族や遊び仲間にインフルエンザにかかった方はいますか。	はい	いいえ	
現在、周囲に風邪の人はいますか。 誰がかかっていますか。 ・兄弟姉妹 ・父 ・母 ・祖父母 ・同級生 ・その他 ()	いる	いない	
最近1ヶ月以内に家族や遊び仲間に、麻しん、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	
最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類 () →接種日 (月 日)	はい	いいえ	
これまでにインフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。 その際に具合が悪くなったことはありますか。	はい	いいえ	
これまでにインフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 予防接種の種類 ()	はい	いいえ	
ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか。	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。いつ、何で、どんな症状が出たかお書き下さい。 ()	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。 () 歳頃 そのとき熱がでましたか。	はい	いいえ	
予防接種の効果と副反応について理解した上でインフルエンザワクチンの接種を (希望します ・ 希望しません)			
平成 年 月 日 保護者署名			

医師の記入欄	医師の署名
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)	

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
メーカー名・ロット番号	mL	実施場所 ファミリークリニック希望 〒038-3301 青森県つがる市富港町山里1-1 / TEL 0173(56)2148 医師名 小笠原幸裕 接種年月日