

インフルエンザ予防接種 予診票 1回目

組 ・ 未組

診察券番号		接種日	年	月	日	診察前の体温	度	分	
住所						TEL ()	-		
受ける人の氏名	フリガナ					性別	大正 / 昭和 / 平成		
						男・女	年 月 日生		
保護者の氏名						(満 歳 カ月)			
質問事項 (あてはまる項目を○でかこんで下さい)						回答欄		医師記入欄	
今日受けられる予防接種について説明文(別紙)を読みましたか						いいえ	はい		
【接種をうけられる方がお子さんの場合】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						あった	なかった		
出生後に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						ある	ない		
あると回答された方は、その症状をご記入ください 症状()									
最近1カ月以内に病気にかかりましたか						はい	いいえ		
はいと回答された方は、その病名をご記入ください 病名()									
1カ月以内に家族や友だちで麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか						はい	いいえ		
はいと回答された方は、その病名をご記入ください 病名()									
1カ月以内に予防接種を受けましたか						はい	いいえ		
はいと回答された方は、その予防接種名をご記入ください 予防接種名()									
今までに特別な病気(先天性異常、心臓、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						はい	いいえ		
はいと回答された方はその病名をご記入ください 病名()									
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						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						ある	ない		
あると回答された方は、何歳頃でしたか ()歳頃									
そのときに熱がでましたか						はい	いいえ		
接種を受けられる方の兄弟の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか						いる	いない		
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						ある	ない		
あると回答された方は、その予防接種名と症状をご記入ください 予防接種名() 腫れ・発熱・発疹・その他()									
家族に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか						いる	いない		
薬をのんで発疹やじんましんがでたことがありますか						ある	ない		
あると回答された方は、その症状をご記入ください 腫れ・発熱・発疹・その他()									
アレルギーの病気といわれたことがあれば○でかこんでください アトピー性皮膚炎・ぜんそく・アレルギー性鼻炎・じんましん・アナフィラキシー									
食品でアレルギー(発疹やじんましん)がでたことがありますか						ある	ない		
あると回答された方は、その食品名をご記入ください たまご・その他()									
(女性の方に)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	ない		

医師の記入欄
 以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる) 医師のサイン

予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか(希望します・見合わせます) 保護者(成人の方は本人)のサイン

使用ワクチン名	接種量		実施場所・医師名
Lot No	6ヶ月～2歳 (2回接種)	0.25ml	実施場所) 健生きたじまクリニック
	3歳～12歳 (2回接種)	0.5ml	医師名) 岡島文男 / 田中宏実 / 林真美子 / 山崎 環
	13歳～ (1回のみ接種)	0.5ml	接種年月日) 年 月 日

* 予診票の太枠内を記入してお越しください。
 * 予防接種についての説明文(別紙)もご覧ください

* 組合員証・母子手帳・診察券をお忘れなく。