

インフルエンザ予防接種予診票

※ お子さんの場合には、健康状態をよく把握している保護者をご記入下さい。

2回接種の予定の方



1回目	2回目
-----	-----

診察前の体温	度	分
--------	---	---

☆太枠の中のみ記入して下さい。

住所			電話 ()		
<small>ふりがな</small>	男 女	生年	明・大・昭・平		
受ける人の氏名		月日	年	月	日生
(保護者の氏名)		(満 歳)			
質問事項 (当てはまる項目を○で囲んで下さい)		回答欄		医師記入欄	
今日受けるインフルエンザの予防接種についての説明文を読み理解しましたか		はい	いいえ		
本日、普段と違って具合の悪いところがありますか		ある (具体的に)	ない		
今までに特別な病気 (先天性疾患、免疫不全、心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患など) にかかったことがありますか		ある (病名)	ない		
ご家族の中に先天性免疫不全と診断されている方がいますか		はい	いいえ		
薬や食品 (特に鶏卵、鶏肉、その他の鶏由来のもの) で皮膚に発疹や蕁麻疹が起きたり、体の具合が悪くなったことがありますか		ある (薬・食品名)	ない		
今までに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種名 ()		ある (具体的に)	ない		
4週間以内にインフルエンザ以外の予防接種を受けましたか 予防接種名 ()		はい	いいえ		
けいれん (ひきつけ) を起こしたことがありますか		ある	ない		
1ヶ月以内に家族や友達に麻疹 (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		はい	いいえ		
【女性の場合】現在妊娠している可能性がありますか		はい	いいえ		
【お子さんの場合】(発育歴についてお尋ねします) 分娩時・出生後・乳幼児健診などで異常がありましたか		はい	いいえ		
その他、健康状態のこと、医師に伝えておきたいことがあれば、具体的に書いて下さい。					
予診の結果、今日の予防接種を受けますか (受ける ・ 見合わせる)			署名 (本人または保護者)		

医師の記入欄

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		
使用ワクチン名	接種量 ml	接種年月日	実施場所・医師名		
製造(ロット)番号	0.2 / 0.3 / 0.5		医療機関名：医療法人千仁会奥秋内科 TEL:048-253-8511 医療機関住所：〒332-0034 川口市並木 2-2-16-100号 医師名：奥秋 靖		