

インフルエンザ

ワクチン接種予診票

被接種者氏名	男・女	生年月日	年 月 日 (満 歳 か月)	
保護者氏名			診察前体温	度 分
質問事項		回等欄		医師記入欄
今日、体の具合の悪いところがありますか あれば、その症状をお書きください ()		はい	いいえ	
最近、1ヶ月以内に病気にかかりましたか 病名 ()		はい	いいえ	
1ヶ月以内に家族や友達に麻疹、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 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、肝臓、脳神 経、免疫不全症、その他の病気)にかかり医師の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いいとい 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 ()歳ころ		はい	いいえ	
そのとき熱はでましたか		はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんま疹が出たり、体の具合が悪くなったこと がありますか		はい	いいえ	
接種を受け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		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 予防接種名 ()		はい	いいえ	
家族に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか		はい	いいえ	
6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種をうけましたか		はい	いいえ	
保護者の方にお子様の発育歴についておたずねします 出生体重 ()g		あった あった はい	なかった なかった いいえ	
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				
乳児検診で異常があるといわれたことがありますか				
(女性のみ) 現在妊娠している、又は妊娠している可能性はありますか		はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか		はい	いいえ	

医師記入欄 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 (受ける ・ 見合わせる)

保護者のサイン (お子様の場合)
本人のサイン (大人の場合)

使用ワクチン	用法・用量	接種場所・医師名・接種日時
名称:	皮下接種	医療機関名:
メーカー名:		神奈川県川崎市高津区諏訪1-3-15
製造番号:		二子新地ひかりこどもクリニック tel: 044-844-9058
		医師名:
	m l	接種日時: 年 月 日