

インフルエンザ予防接種 予診票

任意接種用

※接種希望の方は、太ワク内にご記入下さい。

診察前の体温 _____ 度 _____ 分

住 所	TEL () -				
受ける人の氏名	男 ・ 女	生年 月 日	明治・大正・昭和・平成		
保護者の氏名			年	月	日
		(歳		ヵ月)	

質 問 事 項	回 答 欄		医 師 記 入 欄
1. 今日受けられる予防接種について説明文を読みましたが	はい	いいえ	
2. 今日の予防接種は何回目ですか	今年初めて	2回目	
3. 【接種を受けられる方がお子さんの場合】 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか	ある(具体的に)	ない	
4. 今日、ふだん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	
5. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか	はい(病名)	いいえ	
6. 最近1ヵ月の間に病気にかかりましたか	はい(病名)	いいえ	
7. 最近1ヵ月以内に家族や周囲に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか	いる(病名)	いない	
8. 最近1ヵ月以内に予防接種を受けましたか	はい(予防接種名)	いいえ	
9. 今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	はい(具体的に)	いいえ	
10. 今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気)にかかり医師に診断を受けていますか	はい(具体的に)	いいえ	
11. ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか	ある(いつ頃、何回くらい)	ない	
12. 菜や食品(鶏肉、鶏卵など)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	ある(菜、食品名)	ない	
13. 【ご婦人の方に】現在妊娠しておられますか	はい	いいえ	
14. (空白欄)			
15. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば具体的にご記入下さい(投薬状況など)			

医師の記入欄

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) 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(はい・見合わせます) 保護者(成人の方は本人もしくは代理人)のサイン

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種日時			
	(皮下接種)				
	mL	実施場所			
		医師名			
		接種日時	平成	年	月
			日	時	分