

# 【インフルエンザ】予防接種予診票

1 回目

2 回目

診察前の体温

度 分

住 所	電 話									
フリガナ										
受ける人の氏名						男	生 年	年	月	日生
保護者の氏名						女	月 日	(満	歳	ヶ月)

質 問 事 項	回 答 欄	医師記入欄
受ける人と同居されている方全員について、2週間以内の状況をお尋ねします ・近所や同居者の職場・学校などに新型コロナウイルス感染者はいますか ・本日お子さんを連れてこられた方や同居者に、発熱・咳・咽頭痛・倦怠感・味覚嗅覚異常などの症状はありますか	はい  いいえ	
受ける人がお子さんの場合、分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常はありましたか	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	
1カ月以内に病気にかかりましたか：病名 例) 新型コロナ( ) 診断日 月 日 症状が消失した日 月 日	はい  いいえ	
1カ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カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 ( )	はい  いいえ	
生まれてから今までに先天性異常、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よといわれましたか	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	はい  いいえ	
そのとき熱が出ましたか	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はありますか	はい  いいえ	
近親者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はありますか 予防接種の種類 ( )	ある  ない	
受ける方が女性の場合、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	はい  いいえ	

医師記入欄

医師署名又は記名押印

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 )

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか ( 接種を希望します・接種を希望しません )

保護者自署 (成人は本人署名)

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名	(皮下接種)	実施場所 守山市守山1-12-12 西藤小児科こどもの呼吸器・アレルギークリニック
Lot No.	mL	医師名 西 藤 成 雄 接種年月日