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 内をご記入ください。			診察前の体温			度	分
住 所			TEL	_ ()	_	
フリガナ			男	生年			
予防接種を受ける人の氏名			•			年 月	月 日生
(保護者の氏名)			女	月日	(歳	ヶ月)
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んで理解しましたか		こか	いいえ		はい		
2. 今日受けられるインフルエンザの予防接種は今シーズン何回目ですか		1 🗆 🗎			20目		
【予防接種を受けられる方がお子さんの場合】 3. 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、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	
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ヶ月以内に何か病気にかかりましたか			はい(病名)			いいえ	
- 最近1ヶ月以内に近親者や周囲に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜ7・などにかかった方がいますか			いる (病名)			いない	
8. 最近1ヶ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. インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか				はい			
①前回受けたのは (年月頃) ②その際に具合が悪くなったことはありますか ③インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことがありますか			ある(症状: ある(予防接種 (症状:	ある(予防接種名:)			
10. 今までに特別な病気 (先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症、 悪性腫瘍、その他の病気) にかかり、医師の診断を受けたことがありますか			ある	ある (具体的に)			
("ある"の場合) その病気を診てもらっている医師に、今日の予防接種 を受けて良いといわれましたか				はい			
11. 今までにひきつけ (けいれん) を起こしたことがありますか			ある (ごろ 回くらい) 最後は 年 月ごろ)			ない	
("ある"の場合) ひきつけ (けいれん) を起こしたとき、熱は出ましたか			はい (℃)	いいえ	
クまでに間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断された 12. ことがありますか			ある(現在活		月ごろ 療していない 〉	ない	
13. 薬や食品 (鶏卵、鶏肉など) で皮膚に発疹やじんましんが出たり、 4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	
14. 近親者の中に予防接種を受けて、具合が悪くなった方はいますか			いる (-	いる (予防接種名)			
15. 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				いる			
16.【ご婦人の方に】現在、妊娠していますか				はい			
17. その他、健康状態のことで医師に伝えてる	おきたいことがあれば	ば具体的にご言	記入ください	(投薬)	犬況など)		
		/					
医師の記入欄:以上の問診および診察の結果本人(もしくは保護者)に対して、予防接種の多基づく救済について、説明した。		E薬品医療機		去に			
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や 接種を希望しますか。(接種を希望します			本人の署	名(もしぐ	くは保護者	の署名)	
使用ワクチン名・メーカー名	接種量		実施場所	近・医	師名・接		
	(皮下接種) □ 0.25mL (6ヶ月以上3歳未満)	実施場所	東京都羽村市五ノ神352-22 医療法人社団来檎会 ばば子どもクリニック TEL: 042-555-3788				
一 一般財団法人 阪大微生物病研究会 (販売:田辺三菱製薬株式会社)	□ 0.5mL (3歳以上)	接種日時	ź	Ŧ.	月	В	時 分