

インフルエンザ予防接種予診票

氏名	男	生年月日	H・R	年	月	日
	女	年齢	歳	ヶ月	来院時体温	℃

質問事項	回答欄	医師記入欄
1、今期、インフルエンザの予防接種は何回目ですか？	1回目・2回目（1回目接種日 月 日）	
2、インフルエンザの予防接種について説明文を読んで理解しましたか？	はい・いいえ	
3、現在何か病気にかかっていますか、また今日具合の悪いところがありますか？→（ ）	はい・いいえ	
4、1ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか？（ 月 日 ）	はい・いいえ	
5、今まで特別な病気（気管支喘息・先天性異常・心臓・腎臓・肝臓・脳神経の病気 免疫不全、血液疾患、その他）にかかりましたか？ (病名：)	はい・いいえ	
6、薬や食品（特に鶏卵・鶏肉・その他鶏由来のもの）で皮膚に発疹 や蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか？	ある・ない	
7、インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか？ 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？	はい・いいえ ある・ない	
8、インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなりましたか？ (予防接種名)	ある・ない	
9、1ヵ月以内に他の予防接種を受けましたか？（ 月 日 ）	はい・いいえ	
10、1ヵ月以内に家族や友達に麻疹・風疹・おたふくなどの感染症の方がいましたか？	いる・いない	
11、ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか？ (最後に起こしたのは 年 月頃)	ある・ない	
12、今日の予防接種について質問がありますか？	ある・ない	

問診・診察の結果、今日の予防接種は（ 可能 ・ 見合わせる ）署名
ロット番号 接種量 0.25ml（6ヶ月以上3歳未満） 0.5ml（3歳以上）（右・左）

医師の診察を受け、予防接種の効果や目的、副反応の可能性などについて 理解した上で接種を希望します。 保護者署名
--

接種日 令和 年 月 日 実施場所 こうかんクリニック小児科