

# インフルエンザ予防接種予診票 (1・2回目)

年 月 日

住所		電話	
ふりがな		生年月日	年 月 日
氏名		満	歳 ヲ月
保護者氏名		体温	度 分

質問(あてはまる方に○をしてください)		回答欄		医師記入
1	この欄は中学生以上の方は記入不要です 出生時体重( )g 正常分娩・異常分娩 乳幼児検診で異常を指摘されたことがありますか	ある	ない	
2	本日具合の悪いところがありますか あれば症状を書いてください( )	ある	ない	
3	最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか 病名( )	はい	いいえ	
4	1ヵ月以内に家族や身近な人に次の病気の方がいましたか はしか おたふく みずぼうそう 風しん その他( )	はい	いいえ	
5	<b>1ヵ月以内に予防接種を受けましたか*</b> <u>必ず母子手帳を見て記入</u> 予防接種名( )	はい	いいえ	
6	今までに次の病気などで診療を受けたことがありますか 先天性異常 心臓病 腎臓病 肝臓病 脳神経 免疫不全 アレルギー 喘息 その他( )	はい	いいえ	
7	けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか その時に熱が出ましたか	はい	いいえ	
8	<b>卵のアレルギーはありますか</b> ある方は、普段卵を除去していますか	はい	いいえ	
9	卵以外の食品や薬で具合が悪くなったことがありますか ( )	はい	いいえ	
10	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 症状)	はい	いいえ	
11	6ヵ月以内に輸血、ガンマグロブリンの投与を受けましたか	はい	いいえ	
12	近親者で予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか (予防接種 症状)	はい	いいえ	
13	本日の予防接種について質問はありますか	はい	いいえ	
問診及び診察の結果 今日の予防接種は(可能・見合わせる)		医師サイン		
予診の結果 今日の予防接種を受けますか(はい・いいえ)		保護者サイン		

使用ワクチン	摂取量	実施場所 <b>おおた小児科</b>	医師名
	0.25 0.5 ml	接種年月日	<b>太田 文夫</b>

太枠以外の箇所にご記入ください 体温は来院してから測定します

希望の支払い方法に○をつけてください	
現金	クレジット