

インフルエンザワクチン接種 予診票

※太枠内をもれなくご記入ください。

来院時の体温：

℃

住所		電話	
フリガナ	男 女	昭和 平成 令和	年 月 日生
受ける人の氏名			(満 才 か月)
保護者の氏名			

同居家族や2週間以内に会った人に、発熱や風邪症状の人がいますか。 また、通園・通学先にコロナの濃厚接触者になったり、PCR検査を受けた方がいますか。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい→誰： 時期： 症状：	付添い 体温 ℃
付添いの方について 患者さんとの関係：父 母 祖父 祖母 その他 () 以下の症状で、付添いの方に当てはまるものに○をつけてください。 2週間以内の発熱 風邪症状 強いだるさ コロナ感染の可能性 特になし	

質問事項	回答欄	医師記入欄
今日受けられる予防接種についての説明文を読んで理解しましたか。	はい いいえ	
今日、体に具合が悪いところがありますか。 はい：具体的に ()	はい いいえ	
現在、何か病気で医師にかかっていますか。(病名：)	はい いいえ	
1か月以内に病気にかかりましたか。 はい：具体的に ()	はい いいえ	
今までに特別な病気(先天異常、脳・心・呼吸器・腎・肝・血液の疾患、免疫不全、悪性腫瘍 等)にかかり、医師の診断・治療を受けたことがありますか。	はい いいえ	
はい：その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい いいえ	
分娩・出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。	はい いいえ	
これまでにひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい いいえ	
はい：ひきつけ(けいれん)を起こした時、熱は出ましたか。	はい いいえ	
1か月以内に家族や周囲に麻疹・風疹・水痘・おたふくかぜなどにかかった人がいましたか。	はい いいえ	
4週間以内に予防接種を受けましたか。※コロナワクチンも含めて※ 接種日 月 日 予防接種名 ()	はい いいえ	
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：(年 月 ごろ)	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 () 症状 ()	はい いいえ	
薬や食品で発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい いいえ	
近親者に先天性免疫不全と診断されたり、予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか。	はい いいえ	
【女性の方に】現在、妊娠していますか。	はい いいえ	
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ください。		

保護者(本人) 記入欄	医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・副反応について、十分に理解・同意したうえで接種を希望します。 保護者(本人) 署名：
-------------	---

医師記入欄	本人・保護者に対して、接種の効果・副反応・救済措置について説明しました。 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)と判断します。 医師署名：
-------	---

使用ワクチン	接種方法・接種量	実施場所・医師名・接種年月日
	皮下接種 <input type="checkbox"/> 0.25ml (3歳未満) <input type="checkbox"/> 0.5ml (3歳以上)	医療機関名： たなか小児科 医師名： 田中 敏郎 接種年月日： 年 月 日