

インフルエンザ予防接種 予診票

※同伴の方も来院前に検温してください。
 同伴の方： 度 分

		接種前の体温	度 分
住 所	横浜市	電 話	
受ける人の氏名	男・女	生年月日	年 月 日生
保護者の氏名	男・女		(満 歳 ヶ月)
昨シーズンは接種されましたか？： <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 1回接種した <input type="checkbox"/> 2回接種した			
今回の接種は？： <input type="checkbox"/> 1回接種の1回目 <input type="checkbox"/> 2回接種の1回目 <input type="checkbox"/> 2回接種の2回目			

質問事項 (当てはまる項目を○で囲んでください)	回答欄		当院使用欄
今日受けられる予防接種について説明文を読みましたか	はい	いいえ	
生育歴についてお尋ねします： 分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があると言われたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない	
今日、具合の悪いところがありますか どのような症状 ()	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか 病名・治癒日 ()	はい	いいえ	
同居者や家族に具合の悪い人がいますか 誰が、どのような症状 ()	はい	いいえ	
1ヶ月以内に家族や遊び仲間に、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜ、新型コロナなどの病気の方がいましたか 病名 ()	はい	いいえ	
今までに特別な病気 (先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、新型コロナ、その他) 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良いと言われましたか	はい	いいえ	
ひきつけ (けいれん) を起こしたことがありますか () 歳頃 その時に熱が出ましたか	はい はい	いいえ 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りしたことがありますか その薬、食品 ()	はい	いいえ	
近親者に免疫不全症候群と診断されている方がいますか	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がありますか 予防接種名 ()	ある	ない	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方がいますか	はい	いいえ	
6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	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	
医師の記入欄：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)			医師のサイン
今日の予防接種を受けますか (はい・見合わせる)			保護者のサイン

使用ワクチン名	接種量	実施医療機関・医師名・接種年月日
ワクチン名 ロット番号	(皮下接種) 3歳未満 0.25ml 3歳以上 0.5ml	若竹クリニック・戸塚 武和 接種年月日：