

インフルエンザ予防接種予診票（1回目・2回目）

年 月 日

| | | | |
|-------|--|----|--------|
| 住所 | | 電話 | |
| ふりがな | | 生年 | 年 月 日生 |
| 氏名 | | 月日 | 満 歳 カ月 |
| 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） | 解答欄 | | 医師記入 |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------|------------|-------|
| | この欄は中学生以上の方は記入不要です。 | | | |
| 1 | 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 風疹 その他（ ） | はい | いいえ | |
| 5 | 1ヵ月以内に予防接種を受けましたか *必ず母子手帳を見て記入 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）をおこしたことがありますか そのときに熱が出ましたか | はい はい | いいえ いいえ | |
| 8 | 卵のアレルギーはありますか ある方は、普段卵を除去していますか | はい はい | いいえ 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ヶ月以内に輸血、ガンマグロブリンの投与を受けましたか | はい | いいえ | |
| 12 | 肉親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 | 接種量 | 実施場所 | おおた小児科 | 医師名 |
| | 0.25 0.5 ml | 接種年月日 | | 太田 文夫 |

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