

インフルエンザ予防接種予診票（1・2回目）

年 月 日

希望の支払い方法に○をつけてください

現金

クレジット

ふりがな		生年月日	年	月	日
氏名		満	歳	ヵ月	
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	1ヵ月以内に予防接種を受けましたか* <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	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	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の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 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