

インフルエンザ予防接種予診票

任意接種用

※ お子さんの場合には、健康状態をよく把握している保護者をご記入下さい。

検診前の体温

度 分

☆ 太枠の中のみ記入して下さい。

| | | |
|--|------------------|----------------------------|
| 住所 | 電話 () | |
| (フリガナ) 受ける人の氏名 | 生 年 月 日 | 明・大・昭・平 年 月 日生 (満 歳) |
| (保護者の氏名) | 男 女 | |
| 質問事項 (当てはまる項目を○で囲んで下さい) | 回答欄 | 医師記入欄 |
| 今日受けるインフルエンザの予防接種についての説明文を読み 効果や副反応などについて理解しましたか | はい | いいえ |
| 本日、普段と違って具合の悪いところがありますか | ある(具体的に) | ない |
| 今までに特別な病気(先天性疾患、免疫不全、心臓病、腎臓病、 肝臓病、血液疾患など)にかかったことがありますか | ある(病名) | ない |
| ご家族の中に先天性免疫不全と診断されている方がいますか | はい | いいえ |
| 薬や食品(特に鶏卵、鶏肉、その他の鶏由来のもの)で皮膚に発疹 や蕁麻疹ができたり、体の具合が悪くなったことがありますか | ある(薬・食品名) | ない |
| 今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 予防接種名() | ある(具体的に) | ない |
| 4週間以内にインフルエンザ以外の予防接種を受けましたか 予防接種名() | はい | いいえ |
| けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか | ある | ない |
| 1ヶ月以内に家族や友達に麻疹(はしか)、風しん、 水痘(みずぼうそう)、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか | はい | いいえ |
| (女性の場合) 現在妊娠している可能性がありますか | はい | いいえ |
| (お子さんの場合) (発育暦についてお尋ねします) 分娩時・出生後・乳幼児健診などで異常がありましたか | はい | いいえ |
| その他、健康状態のこと、医師に伝えておきたい ことがあれば、具体的に書いて下さい。 | | |
| 予診の結果、今日の予防接種をうけますか (受ける・見合わせる) | 署名(本人または保護者) | |

| | | | |
|------------------------------|-----------------|-------|--|
| 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 |
| 使用ワクチン名 | 接種量 ml | 接種年月日 | 実施場所・医師名 |
| 製造(ロット)番号 | 0.2 / 0.3 / 0.5 | | 医療機関名: 須田医院 TEL: 048-281-2526 医療機関住所: 〒334-0003 川口市坂下町 4-7-4 医師名: 須田 淳・須田 雅一 |