

*** 接種券
回**

インフルエンザ予防接種予診票

予約時に受診日をメモして下さい。
 受診日は 月 日 () です
 当日は受付に **午前中・午後**
 にお越し下さい。

診察前の体温 度 分

住 所	TEL -		
受ける人の名前	生 年	年 月 日	生まれ
保護者の氏名	月 日	(満 歳 ヶ月)	

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 出生体重 () g ・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いわれたことがありますか	あつた あつた あ る	なかつた なかつた な い	
今日の身体に具合の悪いところがありますか 具合の悪い症状を書いて下さい ()	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 ()	は い	いいえ	
1ヶ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水ぼうそう、おたふくかぜ などの病気の人がいきましたか 病名 ()	は い	いいえ	
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名 ()	は い	いいえ	
生まれてから今までに特別な病気(心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、 その他の病気)でかかり医師に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よいといわれま したか	は い	いいえ	
ひきつけを(けいれん)おこしたことがありますか () 歳頃	は い	いいえ	
その時に熱がでましたか	は い	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり身体の具合が悪くなったことが ありますか	は い	いいえ	
お子さんの中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	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	
家族で予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	は い	いいえ	
過去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はありますか	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 せ る	医師の署名

予診の結果を聞いて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 場 所 ・ 医 師 名
ワクチン名 Lot No.	(皮 下 接 種) 右 左 ml	実施場所 医師名 接種年月日 平成 年 月 日