

インフルエンザ予防接種の予診票

(本日は今季 1 回目 2 回目 の接種)

電話番号		カルテNO.	
受ける人の氏名	男・女	生年月日	年 月 日生 (歳 カ月)
保護者の氏名	受ける人の診察前体温		度 分

質問事項	回答 (印) 欄	医師記入欄
分娩時または出生時の異常がありましたか。	あった・なかった	
乳幼児健診での異常はありませんでしたか。(歳 か月時)	あった・なかった	
出生時から今までに特別な病気にかかり、医師に診察を受けていますか。(病名 :)	はい・いいえ	
今日、からだに具合の悪いところがありますか。	ある・ない	
あれば、具合の悪いところ、症状を書いてください。()		
最近1か月以内に、病気にかかりましたか。(病名 :)	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)	ある・ない	
1か月以内に家族や遊び友達で麻しん、風しん、おたふくかぜ、水痘などの病気の方がいましたか。(病名 :)	はい・いいえ	
薬や食物で皮膚に発疹やじんましんが出たり、からだの具合が悪くなったことがありますか。(何で :)	ある・ない	
卵に対してアレルギーがありますか。	ある・ない	
1か月以内に何か予防接種を受けましたか。(予防接種名 :)	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	
家族に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか。	はい・いいえ	
お子様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	
6か月以内に輸血またはガンマグロブリンの投与を受けましたか。	はい・いいえ	
ほかに、今日の予防接種について質問がありますか。	ある・ない	
医師の記入欄 診察所見： (異常なし・異常あり) 以上の問診および診察の結果、今回の予防接種の可否。(可能・見合わせる) <div style="text-align: right;">医師のサイン [横田俊一郎・泰道麗菜]</div>		

予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか。(はい・見合わせます) 記入者サイン：

使用ワクチン	用量	接種日時
		時 分