

㊦ インフルエンザ予防接種予診票

回数	1回目 ・ 2回目 (13歳未満2回接種)	度 分
住 所	(電話番号)	
フリガナ	生 年 月 日	
受ける人の氏名	昭 ・ 平 ・ 令	
保護者の氏名 (16歳未満の場合のみ記入)	年 月 日 生 (満 歳 カ月)	

※成人の方は出生体重の項目の記入は必要ありません。

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	あった なかった あった なかった ある ない	
今日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ください ()	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、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか	はい いいえ	
4週間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(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症 その他の病気)にかかり医師に診察を受けていますか 病名 ()	はい いいえ	
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(けいれん)をおこしたことがありますか () 歳頃)	はい いいえ	
そのときに熱がでましたか	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、体の具合が悪くなったことがありますか 原因 ()	はい いいえ	
家族(二親等以内)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 予防接種の名前 ()	ある ない	
家族に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	
6ヶ月以内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がありますか	はい いいえ	
医師の記入欄 以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる) 医師のサイン 岡野 裕二		
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、本人または保護者のサイン(16歳未満の場合は保護者) 重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度など について理解した上で、接種を希望します。		

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名
ワクチン名	(皮下接種)	実施場所 川崎市高津区久本3-2-1 ウェルタワー1F おかの小児科・アレルギー科
Lot.No.		医師名 岡野 裕二 接種年月日 年 月 日