

インフルエンザ予防接種予診票（1回目・2回目）

【任意接種用】

* 接種ご希望の方へ：太枠内にご記入下さい。

* お子さんの場合は、健康状態を把握している保護者をご記入下さい。

診察前の体温 度 分

住 所	Tel		
受ける人の名前	男	生年	昭和・平成 年 月 日
保護者の氏名 (18歳未満の方)	女	月日	(満 才 ヶ月)

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日・身体に具合の悪いところがありますか？ 症状（	はい	いいえ	
現在、何らかの病気で医師にかかっていますか？ 病名（	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	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか？ ()才頃	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・肝臓・腎臓・脳神経・免疫不全症・ その他の病気)にかかり、医師に診察をうけていますか？ 病名（)	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、身体の具合が悪くなった事がありますか？	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	
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	
これまでで予防接種を受けて具合が悪くなった事がありますか？	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？(注)	はい	いいえ	
(ご婦人の方に) 現在妊娠していますか？	はい (現在	週)	いいえ
その他、健康状態の事で医師に伝えておきたい事があれば、ご記入下さい。			
医師記入欄	以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は（可能・見合わせる） 見合わせた場合、その理由 () 医師のサイン		

予診の結果、予防接種を受けますか？ (はい・いいえ)	小児：保護者のサイン 成人：本人もしくは代理人のサイン
---------------------------------	--------------------------------

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名
インフルエンザHAワクチン	0.6~3未 0.25ml 3~13未 0.5ml 13才以上 0.5ml	神奈川県川崎市宮前区宮崎2-9-3 メゾン・ド・パッサハ1F ニコットこどもクリニック TEL 044-866-1100 医師名
Lot.No		*接種年月日*

(注) ガンマグロブリンは血液製剤の一種で、重症の感染症の治療目的などで注射される事がありこの注射を3~6ヶ月以内に受けた方は、予防接種の効果が十分に出ない事があります。

1回 3800円