

# 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

<b>住所</b>				<b>Tel</b>			
<b>フリガナ</b>				<b>男</b>  <b>女</b>	<b>生年月日</b>	<b>西暦</b>	<b>年</b>
<b>受ける人の名前</b>						<b>月</b>	<b>日</b>
<b>保護者の氏名 (18歳未満の方)</b>						<b>(満 才 ヶ月)</b>	

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？	はい	いいえ	
症状 ( )			
現在、何らかの病気で医師にかかっていますか？	はい	いいえ	
病名 ( )			
最近、1ヶ月以内に病気にかかりましたか？	はい	いいえ	
病名 ( )			
最近、1ヶ月以内に近親者や周囲に（お子様の場合は遊び仲間含む）麻疹・風疹・水痘 おたふくかぜなどにかかった方がいますか？	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？	はい	いいえ	
予防接種名 ( )			
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？	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言われましたか？	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ことがありますか？	はい	いいえ	
卵または鶏肉を食べて発疹が出たり、下痢を起こしたことはありますか？	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？	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、ご記入ください			

<b>医師記入欄</b>	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 ( ) <b>医師のサイン</b>
--------------	--

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

<b>使用ワクチン名</b>	<b>接種量</b>	<b>実施医院・医師名・接種年月日</b>
インフルエンザHAワクチン	0.6~3未 0.25ml	<b>ニコットこどもクリニック</b>
Lot.No	3才以上 0.5ml	
		<b>医師名</b>

（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。