

小児用インフルエンザ予防接種予診票

※ 太枠の中をご記入ください。

住所		診察前の体温		度		分	
ふりがな		性別		()			
受ける人の氏名		男・女		生年月日		平成 令和 年 月 日	
保護者の氏名		年齢		(満 歳 か月)			

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について説明文を読みましたか	いいえ	はい	
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	あった	なかった	
出生後に異常がありましたか	あった	なかった	
乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	ある	ない	
今日、体に具合の悪いところがありますか 症状()	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかったり、熱が出たことがありますか 病名()	はい	いいえ	
最近1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名()	はい	いいえ	
4週間以内にインフルエンザ以外の予防接種を受けましたか 予防接種名() いつ(月 日)	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 はない場合→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 (病院)	いいえ	はい	
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	
その時熱が出ましたか	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	はい	いいえ	
鶏卵、鶏肉、その他の鶏の成分を含む食品でアレルギーなどの症状が出たことがありますか	はい	いいえ	
お子さん(接種を受ける人の兄弟、姉妹)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	
本人が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() 症状()	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か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けたことがありますか	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: 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる) 医師の署名

本人(もしくは保護者)に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について、説明した。

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。

(接種を希望します・希望しません)

保護者の署名

ワクチン名 Lot.No	(有効期限がきれていないか確認)	実施場所 医師名	ゆめこどもクリニック伊賀 加納友環
接種量			
接種年月日	令和 年 月 日		