不活化インフルエンザワクチン　予防接種予診票

診察前の体温	度　　分

住　　所			
受ける人の氏名		男	生年　S・H・R　　年　　月　　日
保護者の氏名	（接種者が未成年の場合）	女	月日　　（満　　歳　　カ月）

質　問　事　項	回答欄		医師記入欄
妊娠している、もしくは妊娠の可能性がありますか？（女性の方のみご記入ください）	はい	いいえ	
お子さんの発育歴について（お子さんが接種される場合のみ、ご記入ください） 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言われたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない	
今日、体に具合がわるいところがありますか 具体的な症状・内服薬を書いてください（　　）	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しん・風しん・水痘・おたふくなどの病気の方がいましたか 病名（　　）	はい	いいえ	
１ヶ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類（　　）	はい	いいえ	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全その他の病気にかかり、医師の診断を受けていますか　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）を起こしたことがありますか　（　　）歳頃	はい	いいえ	
そのとき熱が出ましたか	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事がありますか	はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全症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はありますか 予防接種の種類（　　）	ある	ない	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなったことがある方はいますか	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注射を受けましたか	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 ）　医師署名又は記名押印　柏木　玲一			

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予防接種を希望しますか
（　接種を希望します　・　接種を希望しません　）
この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。　（お子さんの場合は保護者自署）
自署

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 Lot No.	（皮下接種） □0.5ml　（3 歳以上） □0.25ml（6ヶ月以上3歳未満）	実施場所　那珂キッズクリニック小児科 医師名　柏木　玲一 接種年月日　　年　　月　　日

(注)ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A 型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を 3～6 ヶ月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が充分に出ないことがあります