インフルエンザ予防接種予診票

〈3歳未満対象〉

1回目

※母子手帳を必ずお持ちください

診察前の体温	度　　分

住所				tel	
				携帯	
受ける人の氏名	ふりがな	男・女	生年月日	平成　年　月　日 （満　歳　ヵ月）	
保護者の氏名					

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を読み、理解しましたか。	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。 出生後に異常がありましたか。 乳幼児検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	
今日体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状を書いてください。　（　　）	はい	いいえ	
最近1カ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 （病名　　）	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に、家族や遊び仲間に、インフルエンザ、麻しん、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	
最近1ヶ月以内に予防接種（ポリオを含む）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、免疫不全症、その他の病気にかかり、医師の治療（投薬など）を受けていますか。 病名（　　）	はい	いいえ	
その病気の主治医には、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	
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。 薬・食品名（　　）	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	
そのとき熱がでましたか。	はい	いいえ	
近親者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	
昨年はインフルエンザの予防接種を受けましたか。	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　（　　）	はい	いいえ	
近親者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	
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	医師のサイン
	保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した			（注）ワクチンの種類・有効期限を要確認

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、接種を希望しますか	希望します	接種を希望しません	保護者自署
この予診表は、予防接種の安全性の確保を目的としてます。			

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量	実施場所．医師名．接種年月日
メーカー名	0．25ml	実施場所　わんぱくキッズクリニック
		医師名
Lot No.		接種年月日　平成　年　月　日