

□1回目

インフルエンザワクチン(4価)予診・診察票

□2回目

←1回目、2回目にチェックをお願いいたします

診察前の体温

度 分 (再検:)

住所	〒 -		電話 () -	
受ける人の氏名	ふりがな	男	生年	大正昭和平成令和 年 月 日生
保護者の氏名		女	月日	(満 歳 カ月)

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今日受けられる予防接種について説明文を読んで理解しましたか	はい		いいえ
2. 今日受けられるインフルエンザの予防接種は今シーズン何回目ですか	1回目	2回目	前回の接種は (月 日)
3. 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか	はい (具体的に)		いいえ
4. 現在、何か病気で医師の診察を受けていますか	はい (病名) 薬を飲んでいますか(いる・いない)		いいえ
5. ここ1か月の間に何か病気で医者さんにかかったことがありますか	はい (病名) 年 月ごろ		いいえ
6. 1ヶ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか	はい (病名)		いいえ
7. 4週間以内に生ワクチンの予防接種を受けたことがありますか	はい (予防接種名)		いいえ
8. 1週間以内に不活化ワクチンの予防接種を受けたことがありますか	はい (予防接種名)		いいえ
9. 今までに予防接種をうけて特に具合が悪くなったことがありますか	はい(予防接種名・症状) 年 月ごろ		いいえ
10. 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、血液、免疫不全症、その他)にかかり医師の診断を受けていますか	はい (病名・主治医コメント)		いいえ
11. いままでにいけいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか	はい 回ぐらい 最後は 年 月ごろ		いいえ
12. いままでに薬や食べ物で皮ふに発しんができたことがありますか	はい (薬または食品の名前)		いいえ
13. たまご又は鶏肉を食べて発しんができたり、下痢をしたことがありますか	はい 年 月ごろ 今は食べて (いる・いない)		いいえ
14. 今までに間質性肺炎や気管支喘息等の呼吸器系疾患と診断され、現在治療を受けていますか	はい 年 月ごろ (現在治療中・治療していない)		いいえ
15. 近親者の中に予防接種を受けて、具合が悪くなった方がいますか	はい		いいえ
16. (女性の方に)現在、妊娠していますか	はい		いいえ

医師の記入欄	問診及び診察の結果、今日の予防接種は 医師のサイン (可能・見合わせる)
--------	-----------------------------------------

予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか 保護者又は本人のサイン (はい・見合わせます)

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 Lot.No.	<input type="checkbox"/> 0.25ml <input type="checkbox"/> 0.5ml	草津市野路1丁目6-5 サンコート南草津1F はっとり小児科 服部政憲・服部弘美 接種年月日 令和 年 月 日