

インフルエンザワクチン問診票



住所 〒		TEL () -		診察前の体温	度	分
フリガナ		男・女	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日生		
受ける人の氏名				(歳 か月)		
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の説明文を読みましたか	いいえ	はい	
接種される方がお子さんの場合 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 乳児健診で異常があるとされたことがありますか	はい	いいえ	
今日具合の悪いところがありますか あれば、その症状を書いてください	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか (病名)	はい	いいえ	
4週間以内に予防接種を受けましたか (予防接種名)	はい	いいえ	
特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経の病気、免疫不全症、血液疾患、その他)にかかったことがありますか (病名) 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	
薬や食品で皮ふに発しんやじんましんがでたり、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	
今までに、けいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか (歳頃) そのとき熱がでましたか	はい	いいえ	
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか 1、前回受けたのは (年 月頃) 2、その際具合が悪くなったことはありますか	はい	いいえ	
家族に先天性免疫不全と診断された方はいますか	はい	いいえ	
1か月以内に家族や友達に麻しん、風しん、おたふくかぜ、水痘(みずぼうそう)などの病気の方がいましたか (病名)	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接種を受けましたか	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 (**実施できる** ・ **見合わせた方がよい**) と判断します
 本人(もしくは保護者)に対して予防接種の効果、副反応について説明しました 医師名

保護者記入欄
 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、副反応などについて理解した上で、
 接種することに (**同意します** ・ **同意しません**) どちらかを○で囲んでください 保護者サイン

製造番号	用法・用量	接種場所・医師名・接種日時
	皮下接種 0.25mL 0.5 mL 右 ・ 左	医療機関名: まえかわこどもクリニック 医師名: _____ 接種日時: 年 月 日