

# インフルエンザ予防接種 予診票

	1回目	2回目	前回接種	月	日
	診察前の体温	度 分			
住 所				TEL ( )	-
診察券番号	フリガナ				
	氏 名	( 男・女 )			
生 年 月 日	年	月	日生	(満	歳
				カ	月)

質 問 事 項	回 答 欄		医 師 記 入 欄
今日のインフルエンザの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	
分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。 出生体重 ( ) g	はい	いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか。	いいえ	はい	
病名 ( )			
治療（投薬など）を受けていますか。	いいえ	はい	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい	いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか。	いいえ	はい	
今日、体に具合の悪いところがありますか。	いいえ	はい	
具合の悪い症状を書いてください。 ( )			
ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか。	いいえ	はい	
アルコール消毒でかゆみやかぶれがでたことはありますか。	いいえ	はい	
ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。	いいえ	はい	
1カ月以内に予防接種を受けましたか。予防接種の種類 ( )	いいえ	はい	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。	いいえ	はい	
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言われましたか。	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。	いいえ	はい	
病名 ( )			
今日の予防接種について質問がありますか。	いいえ	はい	
予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか？ ( <input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> 見合わせます )	署 名 (本人または保護者名) (続柄)		

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
--	-------

使用ワクチン名	接種量	実施場所・接種日時
インフルエンザHAワクチン	(皮下接種) <input type="checkbox"/> 0.5 mL	実施場所 ロビンの空クリニック
Lot No.	<input type="checkbox"/> 0.25 mL	接種日時 年 月 日 時 分

