

※ **ワク**内をご記入ください。

インフルエンザワクチン接種予診票

1回目

被接種者 氏名	(ふりがな)	生年月日	年	月	日	生 歳
性別	男 女	診察前の体温	度 分			
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			は	い	いいえ	
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			あ	つ	な	な
出生後に異常がありましたか			あ	つ	な	な
乳児検診で異常があるといわれたことがありますか			あ	る	な	い
今日体の具合の悪いところがありますか あれば、その症状をおかきください ()			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ヶ月以内に家族や友達に麻疹、風疹、水痘、おたふく風邪などの 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 予防接種名()			は	い	いいえ	
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、 脳神経、免疫不全症、その他病気)にかかり医師の診察をうけてま すか 病名()			は	い	いいえ	
その病気を見てもらっている医師に今日の予防接種を受けてもよい 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	
その時熱はでましたか			は	い	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹や蕁麻疹がでたり、体の具合が悪くなったことが ありますか			は	い	いいえ	
お子さんの中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	
これまでに予防接種で具合が悪くなったことがありますか 予防接種名()			あ	る	な	い
家族に予防接種をう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)

理学的所見
副作用等の説明

医師のサイン

予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか (受ける 見合わせる)

保護者のサイン(もしくは本人のサイン)

使用ワクチン	用法・用量	接種場所・医師名・接種日時
名称: インフルエンザHAワクチン	皮下接種	医療機関名 ふじわら小児科
メーカー名:		横浜市金沢区富岡西1-48-12
製造番号:	ml	医師名 藤原芳人・祐
		接種日時

キリトリせん

使用ワクチン	用法・用量	接種場所・医師名・接種日時
名称: インフルエンザHAワクチン	皮下接種	医療機関名 ふじわら小児科
メーカー名:		横浜市金沢区富岡西1-48-12
製造番号:	ml	医師名 藤原芳人・祐
		接種日時

被接種者名