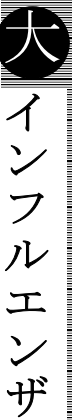




インフルエンザ 予防接種予診票

診察日 令和 年 月 日



受ける人の氏名	男・女	今朝目覚めた時の体温	度	分
生年月日	昭和・平成	年	月	日生 (歳)
診察前の体温	度	分		
住所	富士市	電話	-	-

今日受ける予防接種について、その効果と副反応について知っていますか？ (接種当日の説明パンフレットも参考にしてください。)	いいえ・はい	
インフルエンザ予防接種は、生まれて初めてですか？	はい ・ いいえ	
今までの健診で異常があると言われたことがありますか？	ある ・ ない	
今日、体に具合の悪いところがありますか？ 症状を書いて下さい。()	はい ・ いいえ	
最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか？ 病名または症状 ()	はい ・ いいえ	
1ヶ月以内に家族や友人に、はしか・風疹・水痘・おたふくかぜなどの病気の人がいましたか？ 病名 ()	はい ・ いいえ	
1週間以内に、三種混合・インフルエンザ・日本脳炎等の予防接種を受けましたか？	はい ・ いいえ	
4週間以内に、ポリオ(小児マヒ)・はしか・BCG・風疹・おたふくかぜ・水痘・黄熱病・MRの予防接種を受けましたか？	はい ・ いいえ	
今までに特別な病気(先天性異常、心臓血管系・腎臓・肝臓・脳神経・免疫不全・血液・発育障害・その他の病気)で医師の診察を受けましたか？ 病名 ()	はい ・ いいえ	
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良いと言われましたか？	いいえ・はい	
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	
その時に熱がでましたか？ () °C	はい ・ いいえ	
薬や食品で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？ 原因 ()、主な症状 ()	はい ・ いいえ	
たまご又は鶏肉を食べて発疹がでたり、下痢をしたことがありますか？	ある ・ ない	
これまでに気管支喘息等と診断されたことがありますか？	はい ・ いいえ	
現在治療中ですか？	はい ・ いいえ	
これまでに予防接種を受けて、具合が悪くなった事がありますか？ 予防接種の名前 ()	ある ・ ない	
家族に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか？	はい ・ いいえ	
6ヶ月以内、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	
現在、妊娠している可能性はありますか？	ある ・ ない	
今日の予防接種について質問はありますか？	はい ・ いいえ	

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) 医師署名

予診の結果を聞いて、今日の予防接種を受けますか？(はい・見合わせる) 本人署名

ワクチン名	接種量	実施場所	かわむら こども クリニック
製造メーカー	(皮下接種)	実施医師	河村 研 一
LotNo.	0.5 ml	接種年月日	令和 年 月 日

*：ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や敗血症・川崎病などの重症感染症の治療や特発性血小板減少症の治療に使われることがあり、この注射を3～6ヶ月以内に受けた方は、予防注射の効果が十分にでないことがあります。
予診票(大イフ) 2020.10.01