

# 季節性インフルエンザ予防接種予診票

1回目・2回目

\* 太線の枠内は保護者が当てはまる方を○で囲むほか、必要事項を記入してください。

|           |     |    |             |   |      |
|-----------|-----|----|-------------|---|------|
| 住所<br>TEL | — — |    | 体温          | 度 | 分    |
| 受ける人の氏名   | 男   | 生年 | 昭和・平成<br>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    | 今日受ける予防接種についてお知らせを読みましたか  | はい               | いいえ                |       |
| 2    | あなたのお子さんの発育歴についておたずねします<br>出生体重 ( )g 分娩時に異常がありましたか<br>出生後に異常がありましたか<br>乳児健診で異常があるといわれたことがありますか                        | あった<br>あった<br>ある | なかった<br>なかった<br>ない |       |
| 3    | 今日体に具合の悪いところがありますか<br>具合の悪い症状を書いてください( )  | はい               | いいえ                |       |
| 4    | 最近1カ月以内に病気にかかりましたか<br>病名( )   | はい               | いいえ                |       |
| 5    | 1カ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか<br>病名( )  | はい               | いいえ                |       |
| 6    | 1カ月以内に予防接種を受けましたか<br>予防接種の名前( )   | はい               | いいえ                |       |
| 7    | 生まれてから今日までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、<br>その他の病気)にかかり医師に診察を受けていますか 病名( )<br>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                |       |
| 8    | ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ( )歳頃<br>そのときに熱がでましたか ( )度位   | はい               | いいえ                |       |
| 9    | 薬や食品(鶏卵・鶏肉など)で皮膚に発疹やじんま疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか<br>薬名・食品名( )  | はい               | いいえ                |       |
| 10   | 兄弟姉妹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                |       |
| 11   | これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか<br>予防接種の名前( )   | ある               | ない                 |       |
| 12   | 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                |       |
| 13   | 6カ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                |       |
| 14   | 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(はい・見合わせる) 保護者のサイン

| 使用ワクチン名                  | 接種量              | 実施場所・医師名                                   |
|--------------------------|------------------|--|
| ワクチン名 Lot No.<br>インフルエンザ | (皮下接種)<br>右・左 ml | 医療機関名<br>エリゼこどもクリニック<br>医師名<br>接種年月日 年 月 日 |

(注)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重症の感染症の治療目的などで注射されることがありこの注射を3~6カ月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。