

ID番号

友

6ヶ月以上13歳未満(2回打ち用)

インフルエンザワクチン予防接種予診票

接種回数	1回目 ・ 2回目		
住 所	市 区		電話番号 ()
フリガナ		男・女	(満 歳 ヶ月)
受ける人の氏名		生年月日	平成 年 月 日
保護者の氏名		診察前の体温	度 分

予防接種を安全に行うために以下の質問にお答えください。	回答欄	医師確認
今日受ける予防接種について、説明書を読みましたか。	いいえ はい	
今日体に具合の悪いところがありますか。 * 具合な症状を書いてください()	はい いいえ	
最近1ヶ月以内に体調を崩したり病気にかかりましたか。 病名(月 日:)	はい いいえ	
1ヶ月以内に家族や近い人で麻疹、風疹、水ぼうそうなどの病気になった方がいますか 病名()、どなたが()	はい いいえ	
1ヶ月以内に予防接種をうけましたか	はい いいえ	
予防接種の種類:日時(月 日:) 月 日:		
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気にかかり医師の診察(投薬など)を受けていますか。 病名()	はい いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	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。(歳 カ月ごろ)	はい いいえ	
そのとき熱が出ましたか。	はい いいえ	
薬や食品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。	はい いいえ	
卵アレルギー はありますか。	はい いいえ	
これまでに受けた予防接種で具合が悪いことがありましたか * どの予防接種()でどの様な()	はい いいえ	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか。	はい いいえ	
近親者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	
6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか。	はい いいえ	
インフルエンザワクチンについて質問がありますか *()	はい いいえ	

※医師記入欄

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)** 医師署名

医師の問診・説明を受け、予防接種の効果・目的、重篤な副反応の可能性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) ※同意しませんは接種できません

保護者自署

※医師記入欄

使用ワクチン名	接種量	接種量	接種部位
インフルエンザHA	6ヶ月以上~3才未満	3歳以上	
ロットNo.	0.25ml	0.5ml	右・左

接種日 年 月 日