

小児科(12歳以下用) インフルエンザ予防接種 予診票 1回目

ID番号		男 ・ 女	生年月日			
ふりがな			年	月	日生	
氏名			(満)	歳	ヶ月)	
鹿児島医療生活協同組合		加入・未加入	受診日	年	月	日
診察前の体温(度 分)						

※太枠内を全て記入して下さい

質問事項	回答欄	医師記入欄
①「インフルエンザワクチン接種を受けられる方へ」を読みましたか。	いいえ・はい	
②今日体に具合の悪いところがありますか。	ある・ない	
あると回答された方は、その症状をご記入下さい。症状()		
③最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか。	はい・いいえ	
はいと回答された方は、その病名をご記入下さい。病名()		
④1ヶ月以内に家族や友達で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。	はい・いいえ	
はいと回答された方は、その病名をご記入下さい。病名()		
⑤1ヶ月以内に他の予防接種を受けましたか。	はい・いいえ	
はいと回答された方は、その予防接種名をご記入下さい。予防接種名()		
⑥今までに特別な病気(先天性以上、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を受けていますか。	はい・いいえ	
はいと回答された方は、その病名をご記入下さい。病名()		
⑦ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	ある・ない	
あると回答された方は、何歳頃でしたか。()歳頃		
その時に熱はでましたか。	はい・いいえ	
⑧薬や食品で皮膚に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。	ある・ない	
あると回答された方は、その症状をご記入下さい。症状()		
⑨接種を受けられる方の兄弟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	
⑩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。	ある・ない	
あると回答された方は、その予防接種名をご記入下さい。予防接種名()		
⑪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。	いる・いない	
⑫6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの投与を受けましたか。	はい・いいえ	
⑬今日の予防接種について質問がありますか。	ある・ない	
⑭保護者の方にあなたのお子様の発育歴についてお尋ねします。 出生体重()g 分娩時に異常がありましたか。 出生後に異常がありましたか。 乳児検診で異常があるといわれたことがありますか。	あった・なかった あった・なかった ある・ない	

医師 所見欄	咽頭・胸部 (異常なし・あり)	本日予防接種を受けますか (はい・見合わせます)
●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)		
Rp) インフルエンザワクチン		
0.5ml 左	0.5ml 右	医師印 or サイン
0.25ml 左	0.25ml 右	
		保護者の署名 (フルネーム)

Lot NO.		これらの情報は患者様ご本人の同意がある場合、法令等に基づく場合以外は第三者に情報提供することはありません。
---------	--	---