

インフルエンザワクチン予診票

接種を受ける方の

名前

男・女

生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日 (才 カ月)

質問事項 : 下の表に記入するか○をつけてください。

- | | | | |
|----|---|-----|------|
| 1 | 今回のインフルエンザワクチン接種は本年度 | 1回目 | 2回目 |
| 2 | 今朝の体温は | | 度 分 |
| 3 | 診察前の体温は? | | 度 分 |
| 4 | 生まれた時の体重は? | | g |
| | 出生時に異常はありましたか? | はい | いいえ |
| | 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか? | はい | いいえ |
| 5 | 今日具合の悪いところがありますか? | はい | いいえ |
| | あったらその症状を書いてください () | | |
| 6 | この1ヶ月以内に病気にかかりましたか? | はい | いいえ |
| | 病名 () | | |
| 7 | この1ヶ月以内に家族や遊び仲間に、麻疹・風疹・流行性耳下腺炎・水痘などの病気の方がいましたか? | はい | いいえ |
| 8 | この2週間以内に新型コロナワクチンの接種を受けましたか? | はい | いいえ |
| 9 | 今までに特別な病気(先天異常・心疾患・腎疾患・肝疾患・神経疾患・血液疾患・免疫不全)にかかり、医師の診察を受けていますか? | はい | いいえ |
| | その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) |
| 10 | けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか? | はい | いいえ |
| | その時熱が出ましたか? | (はい | いいえ) |
| 11 | 薬や食品(特に卵)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? | はい | いいえ |
| 12 | 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 |
| 13 | 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? | はい | いいえ |
| 14 | 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方がいますか? | はい | いいえ |
| 15 | この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 |
| 16 | 今回の予防接種で何か質問はありますか? | はい | いいえ |

インフルエンザ予防接種希望書

今回予防接種の目的・効果・副反応の可能性・予防接種健康被害救済制度について理解した上で今回接種することに (同意します ・ 同意しません)

西暦 年 月 日 本人あるいは保護者氏名 _____

<医師記入欄>

以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は (実施できる ・ 見合わせた方がよい) と判断します。

医師署名 _____

ワクチンロット番号 _____

接種量 0.25ml 0.5ml 皮下注

実施場所

横浜市港南区上大岡西2-3-6 片山こどもクリニック

医師名

片山章

接種年月日 _____