

# インフルエンザHAワクチン接種予診票

扶顔堂たかぎクリニック (小児用)

住所		
氏名	診察前の体温	度 分
生年月日	年 月 日生 (満 歳)	男 女
質 問 事 項		回 答 欄
今日受けるインフルエンザの予防接種についての説明文を読みましたか		は い い い え
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか		は い い い え
現在、何か病気にかかっていますか 病名( )		は い い い え
治療(投薬など)を受けていますか		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もよいと言われましたか		は い い い え
お子さんの発育歴についておたずねします 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
生まれてから今までに、けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか ( )歳頃 その時熱はでましたか		は い い い え は い い い え
生まれてから今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経免疫不全症、血液疾患、その他の病気)にかかり医師の診察を受けていますか 病名( ) その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか		は い い い え は い い い え
薬や食品(特に鶏卵、鶏肉、その他の鶏由来のもの)で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか		は い い い え
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか		あ る な い
①その際に具合が悪くなったことがありますか		あ る な い
②インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことがありますか		あ る な い
予防接種名( )		
4週間以内になにか予防接種を受けましたか 予防接種名( )		は い い い え
1ヶ月以内に家族や友達に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名( )		は い い い え
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか 病名( )		は い い い え
今日体に具合の悪いところがありますか あれば、その症状を書いてください( )		は い い い え
今日の予防接種について質問がありますか		は い い い え
6ヶ月以内に輸血又はガンマグロブリンを受けていますか		は い い い え
医師記入欄 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 (受ける・見合わせる)		
保護者のサイン(もしくは本人のサイン) _____		
使用ワクチン	用法・用量	接種場所・医師名・接種日時
名称: インフルエンザHAワクチン	皮下接種	医療機関名: 扶顔堂たかぎクリニック 埼玉県久喜市下清久270-1
メーカー名:		医師名:
製造番号:	mL	接種日時: 年 月 日