

# インフルエンザ予防接種予診票

		受診日	令和 年 月 日		
住 所			TEL	( )	
受ける人の氏名 (ふりがな)	(男・女)	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	年 月 日
(保護者の氏名)					歳
質 問 事 項		回 答 欄			
今回のインフルエンザ予防接種は今シーズン何回目ですか。		1回目	2回目 (前回 月 日)		
最近、体に具合の悪いところがありますか。		ある(具体的に)			ない
現在、何かの病気で医師にかかっていますか。		いる(病名) 薬を飲んで(いる・いない)			いない
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。		ある 最後は	回くらい 年 月 ごろ	ない	
今までに薬や食べ物(鶏肉、鶏卵など)で発疹がでたり、体の具合が悪くなつたことがありますか。		ある(薬または食品の名前)			ない
1か月以内に家族や周囲で麻しん、風しん、水ぼうそう、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。		いる(病名)			いない
1ヶ月以内にインフルエンザ以外(新型コロナワクチン)の予防接種を受けましたか。		受けた日	予防接種の名前		
生まれてから今までに特別な病気(先天性異常、心臓・肝臓・腎臓・血液疾患、免疫不全症、その他の病気)にかかり医師の診察をうけていますか。		いる(病名)			いない
今までに予防接種を受けて具合が悪くなつたことがありますか。		ある(予防接種名・症状)			ない
(ご婦人の方に)現在妊娠あるいは授乳していますか。		はい	妊娠 か月 授乳中	いいえ	
(接種を受けられる方がお子さんの場合) 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。		あつた(具体的に)			なかつた
今回の予防接種について質問がありますか。		ある			ない
新型コロナウイルス感染予防のため、必要と判断した場合を除き、聴診や喉の観察を行わず、予診票と検温結果から接種可否の判断をすることに同意しますか。		しない			する
ワクチンの有益性並びに重篤な副反応の可能性について理解した上で今回の予防接種を受けます。		本人又は保護者のサイン			

以下の記入は不要です。

医師の記入欄	診察直前の体温 . °C	医師のサイン	
以上の予診票及び検温の結果、今日の予防接種は( 可能 ・ 見合わせる )			
使用ワクチン名	接種量	実施場所及び接種日	
インフルエンザHAワクチン	3歳未満:0.25ml 3歳以上:0.5ml	木津川市南加茂台9-17-2	
Lot. No.		小川医院	小川 正
カルテNo.		令和 年 月 日	