

インフルエンザ予防接種問診票（小児科）

		診察前の体温		度	分
I D					
氏名	男・女	住	市		
生年月日 S. H. R	年 月 日 (歳)	所		Tel	—
保護者の氏名					

質問事項（あてはまる項目を○でかこんでください）	回答欄		医師記入欄
今日体に具合の悪いところがありますか、あればその症状をお書きください。 症状()	ある	ない	
最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか。 病名()	はい	いいえ	
1ヶ月以内に家族や友達で麻疹、風疹、おたふくかぜ、水痘などにかかった方がいますか。 病名()	はい	いいえ	
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名()	はい	いいえ	
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。 予防接種名()	ある	ない	
家族に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか。	いる	いない	
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、その他の病気）にかかり医師に診察を受けていますか。 病名()	はい	いいえ	
その病気を診てもらっている医師に、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。()歳頃	ある	ない	
そのとき熱がでましたか。	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか、あればその内容()	ある	ない	
ゼラチンの入ったグミゼリー、プリン、アイスクリームなどの食品を食べた後、口の周囲がかゆくなったり、じんましんがでたことがありますか。	ある	ない	
たまご又は鶏肉を食べて発疹がでたり、下痢をしたことがありますか。	ある	ない	
そのほか、特に変わったことはありませんか。	ある	ない	
今回の予防接種について質問がありますか。	ある	ない	

医師の記入欄	
以上の問診および診察の結果、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(はい・見合わせる)	保護者のサイン

使用ワクチン名	接種量	接種場所・医師名・接種年月日
ワクチン名 : インフルエンザ (部位)	(皮下接種)	実施場所: 南砺市民病院 健康管理センター
メーカー名 : 右	回目	医師名 :
Lot No : 左	ml	接種年月日: 令和 年 月 日() 時頃