インフルエンザ　予防接種予診票　回目　年齢:　歳　0.25　ml

枠の中のみ記入してください	平成　年　月　日	診察前の体温　度　分

住　所		電話番号		
ふりがな 受ける人の氏名		男・女	生年月日	年　月　日生 （満　歳　か月）
保護者の氏名				

※次の事項のいずれかに記入（○で囲む等）してください。

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種について当院でお渡しした説明書を読みましたか	いいえ	はい	
あなたのお子さん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（　）	あった	なかった	
出生後に異常がありましたか（　）	あった	なかった	
乳児健診で異常があるといわれたことがありますか（　）	ある	ない	
今日体に具合の悪いところがありますか 具合の悪い症状を書いてください（　）	はい	いいえ	
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか 病名（　）	はい	いいえ	
1ヵ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、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	
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名（　月　日）	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、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言われましたか	はい	いいえ	
ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか　（　）歳頃	はい	いいえ	
その時に熱がでましたか	はい	いいえ	
薬や食品（鶏肉・鶏卵など）で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなった事がありますか （薬または食品の名前:　）	はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全症と診断されている方はいますか	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 予防接種の名前（　）	はい	いいえ	
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	はい	いいえ	
6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか	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	

医師の記入欄　　**医師のサイン**

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　）

保護者のサイン

予診の結果を聞いて、今日の予防接種を受けますか　（　はい　・　見合わせます　）

使用ワクチン名	接種量	実施場所　・　医師名
ワクチン名 LOT No.	（皮下接種） 0.25　ml	実施場所　：　東京都府中市南町4−43−1　サザンレイジェンス1F さくらんぼこどもクリニック 医師名　：　三日市　薫 接種年月日:　年　月　日

（注）ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3〜6ヶ月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の治療効果が充分出ないことがあります。