

2011年インフルエンザワクチン予防接種

予診票

初回、追加

		診察前の体温		度	分
住 所					
(ふりがな) 受ける人の名前	-----	男 女	生年 月日	年 月 日生 (か月 日)	
保護者の名前		電話番号	()		

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説明文を読んで理解しましたか	いいえ	はい	
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 出生児の体重 () 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	あった あった	なかった 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	
今日体にぐあいの悪いところがありますか ぐあいの悪い症状を書いてください ()	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ	
生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか	はい	いいえ	
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名 () 接種月日 (月 日)	はい	いいえ	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気にかかり 医師の診察を受けていますか 病名 ()	はい	いいえ	
その病気をみ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 () か月頃	はい	いいえ	
そのときに熱がでましたか	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体のぐあいが悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
近親者に先天性免疫不全と診断されている人はいますか	はい	いいえ	
これまでに予防接種を受けてぐあいが悪くなったことがありますか 予防接種の種類 ()	はい	いいえ	
近親者に予防接種を受けてぐあいが悪くなった人はいますか	はい	いいえ	
今日の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：以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (**実施できる** ・ **見合わせた方がよい**)

医師署名又は記名押印

<保護者の記入欄>

予診の結果を聞いて、今日の予防接種を受けますか。

署名 (本人もしくは保護者)

(**受けます** ・ **見合わせます**)

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種年月	
インフルエンザワクチン 2011	0.5 mL 3歳未満 0.25	実施場所	岐阜市日野南7-10 矢嶋小児科
		医師名	矢嶋茂裕 矢嶋たえ子
		接種年月日	

初回 ¥4,000

追加

¥3,000