［インフルエンザ］予防接種予診票

診察前の体温	度　　分

住　　所				
フ リ ガ ナ		男・女	生年月日	平成　年　月　日生 （満　歳　カ月）
受ける人の氏名				
保 護 者 氏 名				

質　問　事　項	回答欄		医師記入欄
1、 今日受ける予防接種について、注意事項や説明書を読み、ワクチンの特徴や副反応について、理解しましたか	はい	いいえ	
2、 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 あった あった	 なかった なかった ない	
3、 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	
4、 最近1カ月以内に病気にかかりましたか 病名（　　）	はい	いいえ	
5、 1カ月以内に家族や遊び仲間に麻しん、風しん、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	
6、 1カ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	
7、 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	
8、 ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか（　　）歳頃	はい	いいえ	
そのときに熱がでましたか	はい	いいえ	
9、 薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか（　　）	はい	いいえ	
10、 お子さんの中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	はい	いいえ	
11、 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	
12、 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	
13、 6カ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	

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（ 可能 ・ 見合わせる ） 医師のサイン＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

予防接種の効果や副反応について理解した上で、接種を希望します

保護者の署名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

使用ワクチン名	接　種　量	実施場所・医師名
ワクチン名 Lot №.	（皮下接種） ml	実施場所　佐渡総合病院 医師名 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カ月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。