インフルエンザ予防接種予診票

フリガナ		男	生年月日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日
受ける人の氏名		女		
保護者氏名				（　満　　歳　　ヵ月　）
住　　所	市　　区			TEL（　　）　　ー

	質問事項	回答欄		医師記入欄
1	診察前の体温は何度でしたか	度　分		
2	今までの健康状態について ①今日、体に具合の悪いところがありますか 症状（　　）	ある	ない	
	②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	
	③1ヵ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	
	④薬や食物などに過敏なことがありましたか あればその種類（　　）	ある	ない	
	⑤ひきつけ（痙攣）をおこしたことがありますか（　　年　　月頃）	ある	ない	
	そのときに熱がでましたか	はい	いいえ	
	⑥今までに特別な病気（先天性異常・心臓・肝臓・神経系・免疫不全その他の病気）にかかり医師に診察を受けていますか	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	
3	最近1ヵ月以内に予防接種を受けましたか あればその種類と日付（　　/　　年　　月　　日）	ある	ない	
4	現在、服用しているお薬はありますか 服用されている方は、該当するものに〇をつけて下さい 血圧の薬 ・ 高脂血症の薬 ・ 風邪薬 ・ アレルギーの薬 その他（　　）	ある	ない	
5	現在、妊娠していますか （はい と答えた方）　現在何ヶ月ですか　　ヶ月	はい	いいえ	
6	そのほか、特に変わったことはありませんか （　　）	ある	ない	
7	インフルエンザの予防接種を受けて具合が悪くなった事はありますか	はい	いいえ	
8	インフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなった事はありますか	はい	いいえ	
9	最近のインフルエンザワクチン接種歴を教えて下さい。（ ）内に接種回数を記入して下さい 令和1(平成31)年度（　　回 ） ・ 令和2年度（　　回 ） ・ 令和3年度（　　回 ）			
	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）　記入者サイン

メーカー名 ・ Lot No	接種量	接種年月日
	ml	令和　　年　　月　　日

まつもとこどもクリニック