

※一週間以内に38度以上の発熱があった場合には接種前にご相談ください。

季節性インフルエンザ予防接種予診表 (1回目)

		診察前の体温	度	分
住所	(TEL)			
受ける方の氏名	ふりがな ()	男・女	生年 月日	年 月 日生 (満 歳 ケ月)
保護者氏名				

質問事項	回答欄		医師記入欄
卵アレルギーはありますか	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、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
今日体に具合の悪いところがありますか。具体的な症状を書いて下さい。 病名 ()	はい	いいえ	
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、家族や遊び仲間に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜ等の病気の方がいましたか。 病名 ()	はい	いいえ	
生まれてから今まで特別な病気（先天異常、心臓、腎臓、肝臓。脳神経、免疫不前症、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	
その病気の主治医に今日の予防接種を受けて良いと言われましたか。	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	はい	いいえ	
そのとき熱が出ましたか。	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。 予防接種名 ()	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	

以下はフルミスト接種ご希望の方に対する質問です。（該当の方はフルミストの接種はできません）

妊娠中または授乳中ですか。（妊娠中・授乳中の方はフルミストの接種はできません）	はい	いいえ	
家族に乳児の方はいますか。（家族に乳児がいる方はフルミストの接種はできません）	はい	いいえ	
重度の免疫不全の方と接種後1～2週間以内に接触する予定がありますか。	はい	いいえ	

インフルエンザ予防接種を受けますか (はい・見合わせる)	本人または保護者の自署
-------------------------------------	-------------

医師記入欄 問診及び診察の結果、予防接種は (可能・見合わせる)	医師の署名
-------------------------------------	-------

使用ワクチン・ロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
メーカー名 Lot No.	皮下接種 <input type="checkbox"/> 0.25mL <input type="checkbox"/> 0.5mL <input type="checkbox"/> 鼻腔噴霧	実施場所 泉中央こどもクリニック 医師名 神 裕子 接種年月日 令和 年 月 日