## 季節性インフルエンザ予防接種予診表 (1回目)

#PTUNギーはありますか はい いいえ 素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 第名 ( ) はい いいえ がましたか。 病名 ( ) はい いいえ はい いいえ におしたか。 病名 ( ) はい いいえ はい いいえ でありまって特別な病気 (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 での場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 であらすけ (けいれん) をおこしたことがありますか。 はい いいえ でのとき熱が出ましたか。 はい いいえ でのとき熱が出ましたか。 はい いいえ がりまずか。 はい いいえ がりまずか。 から はい いいえ であるできが接種を受けて具合か悪くなったことがありますか。 はい いいえ がりな種について質問がありますか。 はい いいえ がりな ( ) はい いいえ をのとき熱が出ましたか。 はい いいえ であるできが接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。 はい いいえ では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 ま成に乳児の方はいますか。 ( ) ばい いいえ ま成に乳児の方はいますか。 ( ) ばい いいえ ま成に乳児の方はいますか。 ( ) ばい いいえ まがまのも変を全の方と接種をして 2 週間以内に接触する予定がありますか。 はい いいえ 本人または保護者の自著 インフルエンザ予防接種を受けますか ( はい・見合わせる ) を納の署名 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 大一カー名 は種屋 実施場所・医師名・接種年月日 大一カー名 は種屋 実施場所・医師名・接種年月日 大一カー名 と				診察	前の体温			· 分	
受ける方の氏名	住所								
### 保護者氏名	12771				(TEL	_		)	
関 問 事 項 回答艦 医師記	受ける方の氏名	ふりがな (	)	男	生年	生	Ę ,	月 日生	
#PPレルギーはありますか はい いいえ ※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(	保護者氏名			· 女	月日	(満	歳	ケ月)	
#PPレルギーはありますか はい いいえ ※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(									
要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(	質 問 事 項						<b></b>	医師記入欄	
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(	卵アレルギーはな	ありますか				はい	いいえ		
病名(	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		
1ヶ月以内に、病気にかかりましたか。   病名(		悪いところがありますか。具体的な症状を	書いて下さい。		)	はい	いいえ		
病名 (		 			,	(+1.)	しいし、ラ		
<ul> <li>いましたか。 病名 ( ) ( ) ( ) いいえ ( ) の他の病気 ( ) にかかり、医師に診察を受けていますか 病名 ( ) いいえ ( ) のもつけ ( ) けいれん) をおこしたことがありますか。 ( ) 歳頃 ( はい いいえ ( ) からうけ ( ) けいれん) をおこしたことがありますか。 ( ) 歳頃 ( はい いいえ ( ) かいえ ( ) できつけ ( ) できつけ ( ) できるが悪くなったことがありますか。 ( ない いいえ ( ) できるが接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。 ( ない いいえ ( ) かいえ ( ) かいえ ( ) かいえ ( ) かいま (</li></ul>				)		10.0	0,0,76		
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。 ( 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。 子防接種名 ( ) 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。 はい いいえ シアはフルミスト接種で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) はい いいえ 以下はフルミスト接種で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) 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 本人または保護者の自著 インフルエンザ予防接種を受けますか (はい・見合わせる)         医師配入欄間診及び診察の結果、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.       実施場所 泉中央こどもクリニックを開場のよります。 場外のこともクリニックを開発している。 中央こどもクリニックを開発している。 中央こどもクリニックのことを開発している。 中央こどもクリニックを開発している。 中央 俗子			おたふくかぜ等の	病気の	D方が )	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。						はい	いいえ		
そのとき熱が出ましたか。  さ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(	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。						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						いいえ		
予防接種名( ) はい いいえ	そのとき熱が出ましたか。					はい	いいえ		
今日の予防接種名(	これまでに予防技		ますか。			,,,,			
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 本人または保護者の自著 インフルエンザ予防接種を受けますか (はい・見合わせる)  医師記入欄 医師の署名 問診及び診察の結果、予防接種は (可能・見合わせる)  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 は下接種 実施場所 泉中央こどもクリニックを表している。 ロ・25mL 実施場所 泉中央こどもクリニックを表している。 はい に関係 泉中央こどもクリニックを表している。 はい に関係 カー・大きを表している。 はい に対している はい に関係 カー・大きを表している。 はい いいえ 本人または保護者の自著 なんまたは保護者の自著 または保護者の自著 またが に関係者 または保護者の自著 またが またが に関係者 またが	予防接種名(				)	はい	いいえ		
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 本人または保護者の自著 インフルエンザ予防接種を受けますか (はい・見合わせる) 医師の署名 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 とのアクチン・ロット番号 接種量 実施場所・医師名・接種年月日 大一カー名 していい。 とは、 とは、 とは、 はい はい ない ない はい ない ない はい ない はい ない ない ない はい ない	今日の予防接種に	こついて質問がありますか。				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 本人または保護者の自著 本人または保護者の自著 本人または保護者の自著 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 医師の署名 とかける はい ・ 見合わせる) を種量 実施場所・医師名・接種年月日 メーカー名 はている。 はい にいいえ 本人または保護者の自著 を はい ではいい。 とはいいの。 とはいいの。 はい にいいる はい にいいる はい にいいる はい にいいる はい にいいる はい にいいる を はい にいいる はい にいいる はい にいいる はい にいいる を はい にいいる はい にいる はい にいる はい にいいる を はい にいる にはいる には	以下はフルミス	<b>、ト接種ご希望の方</b> に対する質問です。	(該当の方は)	フルミ	ころトの	接種はで	きません	υ)	
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 本人または保護者の自著 本人または保護者の自著 本人または保護者の自著 本人または保護者の自著 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 接種量 実施場所・医師名・接種年月日メーカー名 皮下接種 実施場所 泉中央こどもクリニック といい。 □ 0.25 m L 医師名 神 裕子	妊娠中または授		ミストの接種はで	きませ	せん)	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)          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)          使用ワクチン・ロット番号          使用ワクチン・ロット番号 <td rowspan="2" td="" またます。="" またままままます。="" またまままままます。="" またまままままままままま<=""><td colspan="5">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)</td><td>はい</td><td>いいえ</td><td></td></td>	<td colspan="5">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)</td> <td>はい</td> <td>いいえ</td> <td></td>	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	
インフルエンザ予防接種を受けますか       (はい・見合わせる)         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)         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 D 0 . 2 5 m L       実施場所 医師名       東市場所 泉中央こどもクリニック		重度の免疫不全の		 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)         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 回 0.25mL       実施場所 医師名       泉中央こどもクリニックを持有									
問診及び診察の結果、予防接種は (可能・見合わせる)  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. □ 0.25mL 医師名 神 裕子	インフルエンザ	<b>予防接種を受けますか</b> (はい・見合	わせる)	本人	または保	護者の目	<b>誉</b>		
メーカー名皮下接種実施場所泉中央こどもクリニックLot No.□ 0.25 m L医師名神 裕子		D結果、予防接種は (可能・見行	合わせる)	医師	の署名				
Lot No. □ 0.25mL 医師名 神 裕子		チン・ロット番号	接種量	L	実施場	所・医師	名・接種	年月日	
□ 0.5 m L 接種年月日 令和 年 月			□0.25mL	医師:	名		神神	谷子	