

インフルエンザワクチン問診票



住所			診察前の体温	度	分
フリガナ			TEL ()	-	
受ける人の氏名		男・女	昭和・平成・令和	年	月 日生
保護者の氏名		生年月日		(歳	か月)

質問事項	回答欄		医師記入欄
	1回目	2回目	
今日受ける予防接種は1回目の接種ですか			
接種される方がお子さんの場合 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 乳児健診で異常があるとされたことがありますか	はい	いいえ	
今日具合の悪いところがありますか あれば、その症状を書いてください (症状)	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	
特別な病気 (先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経の病気、免疫不全症、血液疾患、その他)にかかったことがありますか (病名) 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	
薬や食品で皮ふに発しんやじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか 薬・食品名 ()	はい	いいえ	
今までに、けいれん (ひきつけ) をおこしたことがありますか (歳頃) そのとき熱がでましたか	はい	いいえ	
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか 1、前回受けたのは (年 月頃) 2、その際具合が悪くなったことはありますか	はい	いいえ	
家族に先天性免疫不全と診断された方はいますか	はい	いいえ	
1か月以内に家族や友達に麻しん、風しん、おたふくかぜ、水痘 (みずぼうそう) などの病気の方がいましたか (病名)	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	

医師記入欄
 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**) と判断します
 本人 (もしくは保護者) に対して予防接種の効果、副反応について説明しました
 医師名

保護者記入欄
 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、副反応などについて理解した上で、
 接種することに (**同意します** ・ **同意しません**) どちらかを○で囲んでください 保護者サイン

製造番号	用法・用量	接種場所・医師名・接種日時
	皮下接種 0.25mL 0.5 mL 右 ・ 左	医療機関名： はなだこどもクリニック 医師名： 花田 卓也 接種日時： 令和 年 月 日