

# インフルエンザ 予診票

予 約 日 時	月	日	時	分
診 察 券 No.		1回目 ・ 2回目	診察前の体温	度

住 所				電話	
ふ り が な		男	生 年	西 暦	
受ける人の氏名				年	月
保 護 者 の 氏 名		女	月 日	(満	歳
				カ月)	

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
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	
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか 病名( ) 月 日 ~ 月 日)	は い	いいえ	
1ヵ月以内に家族や遊び仲間に麻しん、風しん、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名( ) 誰が( ) いつ頃( ) 月 日頃)	は い	いいえ	
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名( ) 接種日( ) 月 日)	は い	いいえ	
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	
“はい”と回答した場合、医師に今日の予防接種を受けてはいけないといわれましたか	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	
そのときに熱がでましたか	いいえ	はい	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、からだの具合が悪くなったことがありますか 薬品名又は食品名( ) 症状( )	は い	いいえ	
近親者に先天性免疫不全症と診断されている方はいますか	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 予防接種名( ) 症状( )	は い	いいえ	
近親者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	
6ヵ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか	は い	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか ある場合( )	は い	いいえ	

医師の記入欄	医師のサイン
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 ) 年 月 日)	森 淳夫

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、	保護者又は本人のサイン
接種を希望しますか( 接種を希望します ・ 接種を希望しません )	

ワクチン名	接 種 量	実施場所	市原市松ヶ島 2-1-13 もり小児科
Lot No,	0.25ml	医師名	森 淳夫
有効期限	0.5ml	接種年月日	西 暦 2022 年 月 日