

太枠の中をすべてご記入ください

# 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 分

住 所				電 話	
ふ り が な		男	生 年	西 暦	
受 け る 人 の 氏 名				年	月 日 生
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、 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 )	保護者又は本人のサイン
---	-------------

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 2023 年 月 日