インフルエンザワクチン予診票（小児用）　（１回目）

診察前の体温	度　分

接種を受ける方の氏名（　　）　男・女　生年月日　H　年　月　日（　歳　ヶ月）	
保護者等の氏名　（　　）　TEL　（　　）	
接種を受ける方の住所　（　区　　）	

以下の質問の答えに当てはまる方を〇で囲み、＊を囲まれた方は内容を記入してください。

出生体重（　　）g　分娩時・出生後に仮死などの異常がありましたか？ 乳児健診で何か問題があると言われたことがありましたか？	あった（　　）　なかった あった（　　）　なかった
生まれてから今までに特別な病気（先天異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全、その他）にかかったことがありますか？＊病名（　　）	＊はい　いいえ
現在病気で診療を受けていますか？　＊病名、薬の名前（　　）	＊はい　いいえ
今日、体に具合の悪いところがありますか？ ＊具合の悪いところを書いてください（　　）	いつもと変わらない ＊具合が悪いところがある
最近１ヶ月以内に病気にかかりましたか？ ＊具合の悪かったところ、病名（　　）	＊はい　いいえ
１ヶ月以内に水痘・おたふくかぜ・麻疹・風疹など移る病気の人と接触しましたか？ ＊どこで（　　）、病名（　　）	＊はい　いいえ
１ヶ月以内に予防接種を受けましたか？　＊予防接種名（　　）	＊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
その時に熱がでましたか？	はい（　℃）　いいえ
食べ物や薬で蕁麻疹や発疹が出たり、具合が悪くなったことがありますか？ ＊いつ（　　）、原因は（　　）	＊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？ ＊いつ（　　）、　予防接種名（　　）	＊はい　いいえ
家族に予防接種を受けて具合が悪くなった方がいますか？ ＊だれが（　　）	＊はい　いいえ
インフルエンザワクチンについて、何か質問がありますか？ ＊質問内容（　　）	＊はい　いいえ

昨年はインフルエンザワクチンを受けましたか？	＊はい　（１回　２回） ＊いいえ　（ぜひ受けたかったがワクチン不足で受けられなかった） （あれば受けたかもしれない） （受けるつもりはなかった）（まだ生まれてなかった） （その他　　）

診察の結果に問題がなければ接種を受けますか？	＊はい　いいえ ＊保護者の署名（フルネームで）（　　）

ワクチンメーカー（　　） Lot No.	接種量（ml） 0.25　0.5	接種年月日	実施場所　宇南山小児科医院 医師名　宇南山 貴男