

インフルエンザHAワクチン予防接種予診票(1歳以上3歳未満)

	診察前の体温	度	分	1回目	2回目
ふりがな				生年月日 年齢	平成・令和 年 月 日 (満 歳 ヶ月)
受ける人の氏名			男・女		
住 所					
保護者の氏名	続柄()		電話番号 ()		

質 問 事 項	回 答 欄	医師記入欄
今日受ける予防接種について説明文を読んで理解しましたか	はい	いいえ
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 ()	あった	なかった
出生後に異常がありましたか ()	あった	なかった
乳児健診で異常があるといわれたことがありますか ()	ある	ない
今日、体に具合の悪いことがありますか 症状()	はい	いいえ
最近1ヶ月以内に病気にかかったり、熱が出たことがありますか	はい	いいえ
病名() いつ (月 日 ~ 月 日)		
最近1ヶ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか	はい	いいえ
病名() いつ (月 日 ~ 月 日)		
4週間以内にインフルエンザ以外の予防接種をうけましたか	はい	いいえ
予防接種名() いつ(月 日)		
生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、そのたの病気)にかかり医師に診察をうけましたか はいの場合→病名()	はい	いいえ
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(病院	いいえ	はい
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
熱がある時 回 熱がない時 回 最終 年 月 日		
薬や食品で皮膚に湿疹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	はい	いいえ
何で() 症状()		
鶏卵、鶏肉、その他の鶏の成分を含む食品でアレルギーなどの症状が出たことがありますか	はい	いいえ
お子さん(接種を受ける人の兄弟、姉妹)の中に先天性免疫不全と診断された方がいますか	はい	いいえ
本人が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
予防接種名() 症状()		
家族に予防接種を受けて具合が悪くなった人がありますか	はい	いいえ
誰が() 予防接種名() 症状()		
6ヶ月以内にガンマグロブリンの注射を受けたことがありますか 何のため()	はい	いいえ
今日の予防接種について質問がありますか どのようなことですか()	はい	いいえ

医師の記入欄
 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)
 本人(保護者)に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した 医師の記名 小児科 大塚 美悠紀

本人の記入欄
 医師の診察・説明を受け予防接種の効果や目的、副反応の可能性などについて理解した上で予防接種することに
 (同意します ・ 同意しません) どちらかを○で囲んでください
 保護者の署名 _____

ワクチン名	インフルエンザHAワクチン	接種 (予診) 年月日 令和 年 月 日	
ロット番号		医療機関住所	長野県長野市信州新町上条137
接種量 (皮下接種)	0.25mℓ	医療機関名	長野県厚生農業協同組合連合会 南長野医療センター新町病院
		医師名	小児科 大塚 美悠紀

記載いただいた個人情報はワクチン接種に関する予診のみに使用します。