インフルエンザ予防接種予診票

		体　温	度　　分	
住　所	電話番号			
お子様の氏名		男	生年	年　　月　　日
保護者の氏名		女	月日	（満　　歳　　ヶ月）

質問事項	回答欄（○印）
お子様の発育歴についてお尋ねします。 出生時体重（　　g）　分娩時に異常がありましたか? 分娩時または出生時の異常がありましたか。 乳幼児健診での異常はありませんでしたか。	 あった・なかった あった・なかった あった・なかった
今、体に具合の悪いところはありますか。 （症状　　）	ある・ない
最近１ヶ月以内に、病気にかかりましたか。 （病名　　）	はい・いいえ
１ヶ月以内に家族や友達で麻疹、風疹、おたふくかぜ、水痘などの病気の方がいましたか。 （病名　　）	はい・いいえ
１ヶ月以内に予防接種をうけましたか。 （予防接種名　　）	ある・ない
出生時から今までに特別な病気にかかり、医師に診察を受けていますか。 （病名　　）	はい・いいえ
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言われましたか？	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）	ある・ない
その時熱はありましたか？	はい・いいえ
薬や食品で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい・いいえ
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか？	いる・いない
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　　）	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方はいますか。	ある・ない
６ヶ月以内に輸血またはガンマグロブリンの投与をうけましたか。	はい・いいえ
ほかに今日の予防接種について質問がありますか。	はい・いいえ
問診の結果、今回の予防接種の可否　　医師のサイン 可能・見合わせる	
予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか。　　保護者および本人のサイン はい・いいえ	

使用ワクチン	接種量	接種年月日
	ml	