**インフルエンザ予防接種　予診票**　　　　　　任意接種

診察前体温　　　　度　　　　分

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 住　　　所 |  | TEL（　　　　）　　　― |
| ふりがな氏　　　名 |  | 男・女 | 生年月日　　　　　　年　　月　　日　　　（　　　歳　　　ヶ月） |
| （保護者の氏名） |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **質　問　事　項** | **回　答　欄** | 医師記入欄 |
| 1.今日受けられ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 |  |
| 2.今日受けられるｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞワクチンは今シーズン何回目ですか | 1回目 | 2回目 |  |
| 3.【予防接種を受けられる方がお子様の場合】分娩時・出生時・乳幼児健診で異常がありましたか　　　　（具体的に　　　　　　　　　　　　　　） | ある | ない |  |
| 4.今日普段と違って具合の悪いところがありますか　　　　（具体的に　　　　　　　　　　　　　　） | ある | ない |  |
| 5.現在何かの病気で医師にかかっていますか　　　　　　　（病名　　　　　　　　　　　　　　　　） | はい | いいえ |  |
| 6.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 |  |
| 7.最近１ヶ月以内に近親者や周囲に麻しん・風しん・水痘・おたふくかぜなどにかかった方がいましたか　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（病名　　　　　　　　　　　　） | いる | いない |  |
| 8.最近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 |  |
| 9.インフルエンザの予防接種を受けた事がありますか①前回接種　（　　　　　年　　　　　月）②その際に具合が悪くなった事がありますか　　　　　　　　　　　　　（症状　　　　　　　　　　　　　　　）③インフルエンザ以外の予防接種で具合が悪くなったことがありますか　（予防接種名　　　　　　　　　　　　） | はいはいはい | いいえいいえいいえ |  |
| 10.今までに特別な病気（先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全、悪性腫瘍、その他の病気）にかかり医師の診断を受けた事がありますか　　　　　（病名　　　　　　　　　　　　　　）（“ある”場合）その病気を見てもらっている医師に今日の予防接種を受けて良いと言われましたか | あるはい | ないいいえ |  |
| 11. 今までにひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか　　（　　　ごろ　　　　回）（“ある”場合）ひきつけ（けいれん）を起こしたとき熱はでましたか　　（　　　　　　　℃） | あるはい | ないいいえ |  |
| 12. 今までに間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器疾患と診断されたことがありますか | ある | ない |  |
| 13.薬や食品（鶏卵・鶏肉など）で皮膚に発疹やじんま疹がでたり、体の具合が悪くなった事がありますか　　　　　　　　　　　　（薬・食品　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） | ある | ない |  |
| 14.近親者の中に予防接種をうけて具合の悪くなった方はいますか（予防接種名　　　　　　） | いる | いない |  |
| 15.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 |  |
| 16.【ご婦人の方に】現在妊娠していますか | はい | いいえ |  |
| 17.その他、健康状態で医師に伝えておきたい事があればご記入下さい（投薬状況など） |  |
| 医師記入欄　以上　問診の結果、今日の予防接種は　（　可能　・　見合わせる　） | 医師サイン |
| 保護者記入欄　以上　予診の結果を聞いて今日の予防接種を（　受ける　・　見合わせる　） | 保護者サイン |
| ワクチン名　　Lot No　　有効期限 | 接種量* 0.25ｍｌ

□　0.5ｍｌ | 実施場所医師名接種日 |