

インフルエンザHAワクチン予防接種予診票（小児用）

		診察前の体温		度	分	（平熱		度	分）
住所					電話番号		（ ）		
ふりがな	-----				男	生年月日		昭和・平成・令和 年 月 日	
受ける人の氏名					女				
保護者の氏名					年齢		（満 歳 か月）		

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書を読みましたか	いいえ	はい	
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/出産後に異常がありましたか なに（ ）	あった	なかった	
今日体に具合の悪いところがありますか 症状（ ）	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名（ ） いつ（ 月 日 ～ 月 日）	はい	いいえ	
1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名（ ） いつ（ 月 日 ～ 月 日）	はい	いいえ	
2週間以内に新型コロナウイルスワクチンの予防接種を受けましたか、または接種予定がありますか いつ（ 月 日）	はい	ない	
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）にかかり医師の診察を受けていますか はいの場合 → 病名（ ）	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 熱があるとき 回 熱がないとき 回 最終 年 月 日	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか 何で（ ） 症状（ ）	はい	いいえ	
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症と診断された方はいますか	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（ ）	ある	ない	
家族に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか 誰が（ ） 予防接種名（ ） 症状（ ）	はい	いいえ	
6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリン（注参照）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はありますか なに（ ）	はい	いいえ	
医師記入欄 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） 医師の記名・押印 印			

予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか （はい・見合わせる） 保護者のサイン

接種（予診）年月日	年 月 日		ワクチン名	インフルエンザHAワクチン	チメロサル（なし・あり）
区分	1回目	2回目	ロット番号		
			接種量	（ ） 6ヶ月～2歳 0.25 ml × 2回	
実施場所	瀬谷小児科クリニック		（皮下接種）	（ ） 3歳～12歳 0.50 ml × 2回	
医師名				（ ） 13歳以上 0.50 ml × 1回 もしくは2回	
			歳 ヶ月		