

インフルエンザ予防接種 予診票 1回目 組・未組

フリガナ		性別
受ける人の氏名		男 女
生年月日 (西暦)	年 月 日 (歳 カ月)	
電話番号	- -	
住所		体温 度 分

太枠内を記入し、組合員証・母子手帳と一緒にお願いします。

質問事項	回答欄		医師記入欄
きょうの予防接種について説明文(別紙)を読んで理解しましたか	いいえ	はい	
きょう体に具合の悪いところがありますか	はい ()	いいえ	
最近1カ月以内に病気にかかりましたか	はい ()	いいえ	
これまでに特別な病気(心臓・腎臓・肝臓・血液・免疫不全・アナフィラキシー・薬疹・熱性痙攣・熱のない痙攣・その他)にかかり、医師の診察をうけていますか	はい ()	いいえ	
その病気をみてもらっている医師に今日の予防接種を受けてもよいと言われてますか	はい	いいえ	
予防接種をうけて体の具合が悪くなったことがありますか	はい ()	いいえ	
アルコール消毒でじんましんや発疹がでますか	はい	いいえ	
1カ月以内に家族や友だちで麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった人がいますか	はい ()	いいえ	
近親者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	
(女性の方に) 現在妊娠していますか	はい (妊娠 週)	いいえ	
きょうの予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

医師記入欄 問診および診察の結果、今日の予防接種は (可能 ・ 見合わせる) 医師の署名
--

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、接種に同意しますか (同意します ・ 同意しません)	本人または保護者の署名
---	-------------

使用ワクチン名	接種量	実施場所
Lot No	6ヶ月~2歳 0.25mL 3歳以上 0.5mL	健生きたじまクリニック 接種年月日