

# 予防接種予診票

本日、接種を希望されるワクチン名を 右に記入してください。	<b>インフルエンザ 回目</b>			
(ふりがな) 氏名	生年月日	年	月	日生
男・女			才	ヶ月

各項目に○あるいは必要事項を記入してください。

質問事項	診察前の体温		医師記入欄
	度	分	
回答欄			
今日具合の悪いところはありますか？ 症状( )	ある	ない	
最近一ヶ月以内に病気にかかりましたか？ 病名( )	はい	いいえ	
一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？ ( )	いた	いない	
一ヶ月以内に予防接種を受けましたか？ 予防接種名( )	受けた	受けない	
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、免疫不全症など)にかかり、医師の診察を受けていますか？ ( )	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？ (H 年 月頃)	ある	ない	
その時に熱がでましたか？	でた	でない	
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はありますか？ ( )	ある	ない	
お子さんの中に、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はありますか？ 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？	いる	いない	
六ヶ月以内に輸血、ガンマグロブリンを接種しましたか？	した	しない	
今日の予防接種について質問はありますか？	ある	ない	
問診及び診察の結果、今日の予防接種は (医師記入欄) 可能 ・ 不可能			

使用ワクチン名	接種量	接種年月日
Lot No.	ml	