

インフルエンザHAワクチン接種予診票	0.25ml 0.5ml 皮下
--------------------	-----------------

※注意 接種後30分間は院内でお待ちいただくか、アナフィラキシー時はすぐに医師の処置が受けられる所でお待ち下さい。

		接種前の体温	度 分
住 所	〒 大阪府（摂津市、吹田市、茨木市、高槻市）		TEL（ ） -
フリガナ		男 ・ 女	年 齢
受ける人の氏名			枠、いっぱいにご記入ください。 <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div> 歳
(保護者の氏名)			
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日		

質 問 事 項	回 答 欄	医 師 記 入 欄
今日受けるインフルエンザの予防接種についての説明文を読み、効果や副反応などについて理解しましたか	はい いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか、また今日具合の悪いところがありますか 病名、具合の悪い箇所（ ）	はい いいえ	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか（治療（投薬など）を受けていますか	はい いいえ はい いいえ	
特別な病気（先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・脳神経の病気・免疫不全症、血液疾患、その他）にかかったことがありますか 病名（ ）	はい いいえ	
薬や食品（特に鶏卵、鶏肉、その他鶏由来のもの）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 薬名・食品名（ ）	はい いいえ	
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか	ある ない	
①前回受けたのは（ 年 月頃）	ある ない	
②その際に具合が悪くなったことはありますか	ある ない	
③インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことがありますか 予防接種名（ ）	ある ない	
4週間以内にインフルエンザ以外の予防接種を受けましたか 予防接種名（ ） 月 日	はい いいえ	
けいれん（ひきつけ）を起こしたことがありますか	ある ない	
今までに間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断され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症の方がいますか	はい いいえ	
近親者の中に予防接種を受けて、具合が悪くなった方はいますか	はい いいえ	
1ヶ月以内に家族や友達に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名（ ）	はい いいえ	
(ご婦人の方に) 現在妊娠していますか	はい いいえ	
(接種される方がお子さんの場合に)あなたのお子さんの発育歴についておたずねいたします 出生時体重()g 分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか	あった なかった あった なかった	
乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	ある ない	
今日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	以上の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） <div style="text-align: center;">医師のサイン</div>	
予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか（受ける・見合わせる） 年 月 日 本人もしくは保護者のサイン		

使用ワクチンロット番号・接種日時	用法・用量	医療機関名
	0.25ml 0.5ml 皮下	医療法人 千里丘協立診療所 TEL:072-622-8638