

# インフルエンザ 1・2 回目予防接種予診票

助成券	<input type="checkbox"/> あり
	<input type="checkbox"/> なし

診察券番号	【組合員・組合員】	診察前の体温	度 分
住 所		TEL	
ふりがな		平成 令和 (満 歳 ヶ月) 年 月 日 年 日	
受ける人の氏名	男		
保護者の氏名	女		

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の説明書を読みましたか	はい  いいえ	
お子さんの発育歴についておたずねします 分娩時や出産後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか	あった あ る な かった な い	
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いて下さい ( )	はい  いいえ	
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	
1ヶ月以内に家族や遊び友達に麻しん・風しん・水ぼうそう・おたふくなどの病気の方がいましたか 病名 ( )	はい  いいえ	
2週間以内に予防接種をうけましたか 予防接種の種類 ( )	はい  いいえ	
新型コロナワクチンを受けた方は接種後2週間経過していますか ※新型コロナワクチン <u>接種前</u> も2週間空ける必要があります！ご注意ください	はい  いいえ	
生まれてから今までに先天性異常、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 病名 ( )	はい  いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	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 ( ) 歳頃 最後はいつですか ( ) 歳頃	はい  いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたときに熱がでたことがありましたか	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	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	あ る な い	
6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか	はい  いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい  いいえ	

医師の記入欄	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)医師署名又は記名押印 _____
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、 接種を希望しますか(接種を希望します・接種を希望しません)	保護者自署 _____

使用ワクチン名	接種量
インフルエンザワクチン Lot No.	(皮下接種) <input type="checkbox"/> 0.25ml (6ヶ月以上3歳未満) <input type="checkbox"/> 0.5ml (3歳以上)

施行年月日 \_\_\_\_\_

実施者サイン \_\_\_\_\_

津軽保健生活協同組合  
健生病院・健生クリニック

2021年9月改訂