インフルエンザ　１・２　回目予防接種予診票

助成券	□あり □なし

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

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	
１カ月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	
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	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）と判断します

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） □ 0.25ml (6ヶ月以上３歳未満) □ 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
2022年9月改訂