

インフルエンザ接種問診票（ 1回目 ・ 2回目 ）

フリガナ		
予防接種者の名前		年 月 日生

診察前体温	度 分	保護者氏名
-------	-----	-------

現在体に具合の悪いところがありますか 具合の悪い症状を書いて下さい（ ）	はい	いいえ
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仲間に麻疹、風疹、水痘、おたふくなどの病気の方はいましたか 病名（ ）	はい	いいえ
生まれてから今までにご家族など身の回りに結核にかかった人はいましたか	はい	いいえ
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 接種日 年 月 日 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、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気にかかり医師に診察をうけていますか 病名（ ）	はい	いいえ
その病気の主治医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	はい	いいえ
そのとき熱は出ましたか	はい	いいえ
薬や食品で皮膚に発疹やじんま疹がでたり、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 予防接種の種類（ ）	ある	ない
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	はい	いいえ
近親者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
6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種をうけましたか	はい	いいえ
今日の予防接種について質問はありますか	はい	いいえ

医師からの診察、説明を受けて任意の接種を希望します。	
保護者署名	

問診、診察の結果、今日の予防接種は（実施できる ・ 見合わせた方がよい）と判断します。									
Lot No	接種日	年	月	日	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">右</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">上腕</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">左</td> <td style="text-align: center;">（ ）</td> </tr> </table>	右	上腕	左	（ ）
右	上腕								
左	（ ）								
					医師名				