

インフルエンザ予防接種 予診表

枠の中のみ記入してください

回目 _____

年齢 歳 月 日 0. ml

体温 _____ 度 _____ 分
住所 _____
電話番号 _____
受ける人の名前 _____
保護者の名前 _____
生年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (満 歳 _____ 月)

質問事項	回答欄		医師記入欄
	はい	いいえ	
お子さんの発育歴についておたずねします。出生体重 ()g			
分娩時に異常がありましたか? ()	はい	いいえ	
出生後に異常がありましたか? ()	はい	いいえ	
乳児健診で異常があると言われたことがありますか? ()	ある	ない	
今日身体に具合の悪い所がありますか?	ある	ない	
症状 ()			
最近 1ヶ月以内に病気にかかりましたか?	はい	いいえ	
病名 ()			
1ヶ月以内に家族や友達で麻疹・風疹・おたふくかぜ・水痘などにかかった方がいますか?	はい	いいえ	
病名 ()			
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか?	はい	いいえ	
予防接種名 (_____ 月 _____ 日)			
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	
予防接種名 (_____ 月 _____ 日)			
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・その の病気)にかかり、医師に診察を受けていますか?	はい	いいえ	
病名 ()			
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? (_____ 年 _____ 月頃)	ある	ない	
その時に熱はでましたか?	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やしんましんが出たり、身体のが悪くなったことがありますか?	ある	ない	
たまご、鶏肉を食べて発疹がでたり、下痢をおこしたことはありますか?	ある	ない	
家族に予防注射を受けて具合が悪くなった人はいますか?	はい	いいえ	
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?	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? ()	ある	ない	
* 医師記入欄 *			
以上の問診 診察の結果、今日の予防接種は (可能・見合わせる)		医師のサイン _____	
予診の結果、今日の予防接種を受けますか? (はい・いいえ)		保護者のサイン _____	
使用ワクチン名	接種量	接種場所 医師名 接種年月日	
ワクチン名 :インフルエンザHAワクチン メーカー名 : LOT No.	(皮下接種) 0. ml	実施場所 新潟市神道寺 1丁目 5番 47号 よいこの小児科さとう 医師名 : 佐藤 勇 接種年月日 : 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	

ガンマグロブリンは血液製剤の一種で、重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3-6ヶ月以内に受けた方は麻疹などの予防接種の効果が充分に出ないことがあります。