

# 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

成人

18歳以上の方

0.5 ml

体温 度 分

住所

電話番号

受ける人の名前

生年月日 平成 年 月 日 (満 歳 ヶ月)

質問事項	回答欄		医師記入欄
	ある	ない	
今日身体に具合の悪い所がありますか？ 症状 ( )	ある	ない	
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？ 病名 ( )	はい	いいえ	
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか？ 予防接種名 ( 月 日 )	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？ 予防接種名 ( 月 日 )	ある	ない	
女性の方にお聞きします。現在妊娠している可能性はありますか？	はい	いいえ	
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・その他 の病気)にかかり、医師に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？ ( 年 月頃 ) その時に熱はでましたか？	ある	ない	
発疹やじんましんが出たり、身体のが悪くなったことがあります	はい	いいえ	
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)		ご本人のサイン	
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)  0.5ml	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。