〔 インフルエンザ １・② 〕 予 防 接 種 予 診 票

住　　所		診察前の体温		度　　分	
受ける人の氏名		電 話 番 号		－	
保 護 者 の 氏 名		男 女	生年 月日	昭和･平成　　年　月　日 歳　　ヶ月	

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市町から配られている説明書を読みましたか	はい	いいえ	
あなたの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 出生後に異常がありましたか 乳幼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 あった ある	なかった なかった ない	
今日体に具合の悪いところがありますか 具合の悪い症状を書いてください(　　)	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仲間に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか 病名（　　）	はい	いいえ	
４週間以内に予防接種を受けましたか 予防接種名（　　）	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、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も良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	はい	いいえ	
そのときに熱はでましたか	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りしたことがありますか	はい	いいえ	
今までに卵アレルギーがあると言われたことがありますか	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	
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 予防接種の名前（　　）	ある	ない	
家族に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	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	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 ）　医師のサイン

予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか　（ はい ・見合わせます ）　保護者のサイン

使用ワクチン名	接種量	接種年月日　　平成　　年　　月　　日
ワクチン名　インフルエンザ HA ワクチン Lot　No.	（皮下接種） （ 右 ・ 左 ） 0.25 ・ 0.5 ｍｌ	実施場所　愛媛県伊予郡松前町恵久美 792-1 医 師 名　むかいだ小児科 向田　隆通　武田　陽子 千阪　綾

（注）ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎等の感染症の予防目的や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十分に出ないことがあります。