

## インフルエンザ予防接種予診票〈3～12歳〉

|         |  |        |      |                   |  |
|---------|--|--------|------|-------------------|--|
| 2回目     |  | 診察前の体温 |      | 度 分               |  |
| 住所      |  |        |      |                   |  |
| (ふりがな)  |  | 電話番号   |      |                   |  |
| 受ける人の氏名 |  | 男<br>女 | 生年月日 | 年 月 日<br>(満 歳 ヶ月) |  |
| 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説明文(別紙)を読んで理解しましたか。                                                 | いいえ      | はい         |       |
| 今日受けるインフルエンザワクチンは2回目ですか                                                          | いいえ      | はい         |       |
| 1回目は当院で接種しましたか<br>いいえの場合その医療機関名( )                                               | いいえ      | はい         |       |
| あなたのお子さんの発育歴についておたずねします<br>生まれたときの体重が小さかったり、出産時、出生後、乳幼児健診などで異常があるといわれたことがありましたか。 | あった      | なかった       |       |
| 生まれてから今までに先天異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気にかかり、医師の治療(投薬など)を受けていますか<br>(病名 )        | はい       | いいえ        |       |
| その病気の主治医には、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        |       |
| 今日体に具合の悪いところがありますか<br>具体的な症状を書いてください( )                                          | はい       | いいえ        |       |
| 最近1ヶ月以内に、何か病気にかかりましたか<br>(病名 )                                                   | はい       | いいえ        |       |
| 最近1ヶ月以内に、家族や遊び仲間に、インフルエンザ、麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか<br>(病名 )                 | はい       | いいえ        |       |
| 最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか<br>予防接種の種類( )                                                | 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<br>予防接種の種類( )                                      | はい       | いいえ        |       |
| 薬や食品(鶏卵や鶏肉など)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        |       |
| ひきつけ(けいれん)をおこしたことはありますか ( )歳頃<br>そのとき熱がでましたか                                     | はい<br>はい | いいえ<br>いいえ |       |
| 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方がいますか                                                       | はい       | いいえ        |       |
| 近親者に先天性免疫不全と診断された方はいますか                                                          | 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        |       |

|                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 医師の記入欄<br>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 )。保護者に対して、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに予防接種健康被害救済制度について、説明をした。<br>医師の署名又は記名押印 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性、重篤な副反応の可能性について理解した上で、接種を( 希望します ・ 希望しません )。<br>保護者自署 |
|------------------------------------------------------------------------------------------|

|                 |        |                                                      |
|-----------------|--------|------------------------------------------------------|
| ワクチンメーカー名・ロット番号 | 摂取量    | 実施場所・医師名・接種年月日                                       |
| Lot No.         | 0.5 ml | 実施場所 医療法人社団Curest山森小児科<br>医師名 山 森 裕 之<br>接種年月日 年 月 日 |