



インフルエンザワクチン接種 予診票

ふじわら小児科 当院専用

太枠内を
記載してください。

被接種者氏名	生年月日		年 月 日生
性別	男 ・ 女	年齢	満 歳
診察前の体温	度 分	連絡先	

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の説明文を読みましたか	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 出生後に異常がありましたか 乳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	
今日体の具合の悪いところがありますか あれば、その症状をお書きください（ ）	はい	いいえ	
最近1か月以内に病気にかかりましたか 病名（ ）	はい	いいえ	
1か月以内に家族や友達に麻疹、風疹、水痘、おたふく風邪などの病気の方がいましたか 病名（ ）	はい	いいえ	
1か月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、免疫不全症、その他病気）にかかり医師の診察を受けていますか 病名（ ）	はい	いいえ	
その病気を見てもらっている医師に今日の予防接種を受けてもよいといわれましたか	はい	いいえ	
ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか（ ）歳頃	はい	いいえ	
その時熱はでしたか	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんま疹がでたり、体の具合が悪くなっ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で具合が悪くなったことがありますか 予防接種名（ ）	ある	ない	
家族に予防接種をうけて具合が悪くなった方はいますか	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

医師記入欄 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は（可・見合わせる）

保護者に対して、予防接種の効果・副反応および予防接種健康被害救済制度について説明しました。

医師のサイン：

予診の結果および医師の説明を受け、予防接種の効果・副反応について理解したうえで、今日の予防接種を受けることに（同意します・同意しません）

保護者のサイン（自署）：被接種者との続柄：

使用ワクチン	用法・用量	接種場所・医師名・接種日時
名称：インフルエンザHAワクチン メーカー名： 製造番号：	皮下接種 mL	医療機関名 ふじわら小児科 横浜市金沢区富岡西1-48-12 医師名 藤原芳人・祐 接種日時

使用ワクチン	用法・用量	接種場所・医師名・接種日時
名称：インフルエンザHAワクチン メーカー名： 製造番号：	皮下接種 mL	医療機関名 ふじわら小児科 横浜市金沢区富岡西1-48-12 医師名 藤原芳人・祐 接種日時

被接種者名