

## インフルエンザ接種問診票(13歳未満)

接種者氏名		生年月日	年	月	日	歳
保護者氏名		電話番号				

今までに大きな病気をして現在も医師に受診していますか	はい	いいえ
その病気は何ですか		
今までひきつけをおこしたことがありますか	はい	いいえ
熱性痙攣といわれたことがありますか	はい	いいえ
薬、食品で発疹・蕁麻疹がでたことがありますか	はい	いいえ
ご家族・ご親戚の方で免疫不全と診断された方はいますか	はい	いいえ
これまでの予防接種で具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ
6ヶ月以内に輸血・ガンマグロブリンの接種を受けましたか	はい	いいえ
卵アレルギーといわれたことがありますか	はい	いいえ
昨年からの春にインフルエンザの接種を受けましたか	はい	いいえ
昨年からの春にインフルエンザに罹りましたか	はい	いいえ
インフルエンザの予防接種についてご質問がありますか	はい	いいえ

1回目接種	年	月	日	体温		
	今日具合の悪いところがありますか				はい	いいえ
	4週間以内に予防接種を受けましたか				はい	いいえ
	接種の判定		可・不可	使用ワクチン		
	医師名		大川 洋 二			

2回目接種	年	月	日	体温		
	今日具合の悪いところがありますか				はい	いいえ
	接種の判定		可・不可	使用ワクチン		
	医師名		大川 洋 二			

・0～2歳 (必ず2回接種)

・3～12歳 回数を選択し、チェックをお願い致します。 →  2回接種希望  1回接種希望

厚労省では13歳以下は2回接種を推奨しておりますが当院調査により3歳以上は1回接種でも効果が得られると考えています

実施場所	医療法人社団 オー・シー・エフ・シー会 大川子ども&内科クリニック
------	-----------------------------------