

小児科インフルエンザ接種問診票

接種者氏名		生年月日	年	月	日	歳
保護者氏名		電話番号				

1回目接種	年	月	日	体温	℃	
今日具合の悪いところはありますか					症状 () ←	はい いいえ
4週以内に予防接種を受けましたか					ワクチン名 () ←	はい いいえ
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
(はいの方) 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					最終発作日時 () ←	はい いいえ
熱性けいれんと言われたことがありますか					最終発作日時 () ←	はい いいえ
薬、食品で発疹・じんましんがでたことがありますか					品名 () ←	はい いいえ
ご家族・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					ワクチン名 () ←	はい いいえ
6ヵ月以内に輸血・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
(はいの方) 現在卵を食べていますか						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
接種の判定	可	不可	使用ワクチン			
医師名	大川 洋 二・佐々木 章 人					

2回目接種	年	月	日	体温	℃	
今日具合の悪いところはありますか						はい いいえ
4週以内にインフルエンザ <u>以外</u> の予防接種を受けましたか					ワクチン名 () ←	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・佐々木 章 人					

実施場所	大川子ども&内科クリニック
------	---------------