

# 大田区小児インフルエンザ予防接種予診票

\*太ワク内に健康状態をよく把握している保護者がご記入下さい。

		診察前の体温		度	分
住 所	大田区	TEL ( ) -			
(フリガナ)	( )	男 ・ 女	生年	西暦	
受ける人の氏名			年月日		年 月 日生
(保護者の氏名)				( 歳	ヵ月)

質 問 事 項	回 答 欄	医師記入欄
1. 今日受ける予防接種について説明文を読んで理解しましたか。	いいえ	はい
2. 今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン1回目ですか。	いいえ ( ) 回目 前回の接種は ( 月 日)	はい
3. 今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい 具体的に ( )	いいえ
4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 ・その場合、治療(投薬など)を受けていますか。 ・その病気の主治医には、 今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい 病名 ( ) はい・いいえ はい・いいえ	いいえ
5. 最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか。	はい 病名 ( )	いいえ
6. これまでに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患、免疫不全症、その他の病気)にかかり、医師の診察を受けましたか。	はい 病名 ( )	いいえ
7. これまで間質性肺炎や気管支喘息等の呼吸器系疾患と診断され、現在、治療中ですか。	はい ( ) 年 ( ) 月頃 (現在治療中・治療していない)	いいえ
8. これまでにひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい ( ) 回ぐらい 最後は ( ) 年 ( ) 月頃	いいえ
9. 薬や食品(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発しん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 薬または食品の名前 ( )	いいえ
10. 近親者に先天性免疫不全と診断された方がいますか。	はい	いいえ
11. 1ヵ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。	はい 病名 ( )	いいえ
12. 1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。 (新型コロナワクチン接種を受けた場合) 受けてから2週間たっていますか。	はい 予防接種の種類 ( ) はい・いいえ	いいえ
13. 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。	はい 予防接種名・症状 ( )	いいえ
14. 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。	はい 具体的に ( )	いいえ
15. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや質問があれば、具体的に書いて下さい。		

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) **医師の署名又は記名押印**  
保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について、説明した。

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、接種を希望しますか。  (接種を希望します・接種を希望しません)	保護者の署名
--	--------

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・医師名・接種年月日
インフルエンザHAワクチン	Lot. No.	皮下接種
		<input type="checkbox"/> 0.5mL (3歳以上) <input type="checkbox"/> 0.25mL (6ヵ月以上3歳未満)
カルテ No.		実施場所： 医師名： 接種年月日： 年 月 日

**記載頂きました個人情報情報はワクチン接種の予診に関するのみ使用致します。**