

小児季節性インフルエンザ予防接種予診票 カルテNo

下の表のあてはまるところに記入するか で囲んで下さい

何回目ですか	1回目 ・ 2回目		
診察券番号	No.		
ふりがな			
受ける人の氏名		保護者名	
受ける人の生年月日	昭和・平成	年	月 日生 (歳 か月)
住所	〒	電話	

質問事項	解答欄		医師記入欄
今日(診察前)の体温は何度ですか	度 分		
今日の体に具合の悪いところがありますか 具合の悪い症状を書いてください ()	はい	いいえ	
最近一ヶ月以内に病気にかかりましたか 病名 (月 日 :)	はい	いいえ	
1ヶ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの 病気の方がいましたか 病名 (月 日 :)	はい	いいえ	
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名 (月 日 :)	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 その他の病気)にかかり医師に診察を受けていますか。病名()	はい	いいえ	
その病気を診てもらっている場合、医師に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	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか (歳 月)頃	はい	いいえ	
そのときに熱がでましたか	はい	いいえ	
ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか	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 予防接種名()	ある	ない	
家族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	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか ある場合()	はい	いいえ	
副反応は軽く、接種場所の発赤・腫れ・痛み、発熱、頭痛、さむけ、体のだるさなどがみられますがいずれも二、三日で消失します。接種後入浴はかまいませんが激しい運動は避けてください。以上を読んで了解されましたか。	いいえ	はい	

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 (可能 ・ 見合わせる)	医師のサイン
---	--------

予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか (はい ・ 見合わせます)	保護者のサイン
---------------------------------------	---------

医療機関名 及び 接種医師名	摂取量	ワクチン製造会社名	
	0. ml	及びLOT番号	
		接種年月日	平成

1回目と2回目は4週間あけるのがベストです