# インフルエンザ HA ワクチン予防接種予診票（成人用）

| 診察前の体温　　度　　分（平熱　　度　　分） | | | |
|---|---|---|---|
| 住所 | | 電話番号 | （　） |
| ふりがな<br>受ける人の氏名 | 男<br>女 | 生年月日<br><br>年齢 | 昭和・平成・西暦<br>年　月　日<br>（満　歳　か月） |

| 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説明文を読みましたか | いいえ | はい | |
| 今日、体に具合の悪いところがありますか　症状（　） | はい | いいえ | |
| 最近１か月以内に病気にかかったり、熱が出たことがありますか<br>病名（　）いつ（　月　日～　月　日） | はい | いいえ | |
| 最近１か月以内に家族や周囲に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか<br>病名（　）いつ（　月　日～　月　日） | はい | いいえ | |
| ４週間以内にインフルエンザ以外の予防接種を受けましたか<br>予防接種名（　）いつ（　月　日） | はい | いいえ | |
| 生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、血液疾患、その他の病気）にかかり医師に診察を受けていますか　はいの場合→病名（　） | はい | いいえ | |
| その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか（　病院） | いいえ | はい | |
| ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありますか | はい | いいえ | |
| 熱があるとき　回　熱がないとき　回　最終　年　月　日 | | | |
| 薬や食品で皮膚に発疹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<br>何で（　）症状（　） | はい | いいえ | |
| 鶏卵、鶏肉、その他の鶏の成分を含む食品でアレルギーなどの症状が出たことがありますか | はい | いいえ | |
| 本人または家族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 | |
| 今までに気管支喘息と診断されたことはありますか | 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<br>予防接種名（　）症状（　） | ある | ない | |
| 家族に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか<br>誰が（　）予防接種名（　）症状（　） | はい | いいえ | |
| ６か月以内にガンマグロブリンの注射を受けたことがありますか　何のため（　） | はい | いいえ | |
| 現在妊娠していますか、あるいは妊娠している可能性がありますか　（女性の方のみお答え下さい） | はい | いいえ | |
| 今日の予防接種について質問がありますか　どのようなことですか（　） | はい | いいえ | |
| 医師の記入欄<br>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）　医師の記名・押印　印 | | | |

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）　本人のサイン

| 接種（予診）年月日 | 年　月　日 | | ワクチン名 | インフルエンザ HA ワクチン　チメロサール（ なし ・ あり ） |
|---|---|---|---|---|
| 区　分 | 1回目 | 2回目 | ロット番号 | |
| 実施場所<br>医師名 | 林間こどもクリニック | | 接種量<br>（皮下接種）<br>成人 | （○）　13歳以上　0．5 ml ×1回もしくは2回 |