

インフルエンザワクチン 予診票 ①

予診票は事前に記入して来院してください

親子手帳を必ず持参してください

ふりがな		保護者氏名	
受ける人の氏名	男・女		
住 所	〒	電話番号	
生年月日	年 月 日 (歳 九月)	院内の体温	度 分
質 問 事 項		回 答 欄	医 師 記 入
昨シーズン、インフルエンザワクチンを接種しましたか		はい	いいえ
今シーズン、他院でインフルエンザワクチンを接種していますか		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・症状 ()		はい	いいえ
現在何かの病気で医師にかかっていますか		はい	いいえ
また、これまでに特別な病気にかかり医師の診察を受けていますか (心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患・発育障害・免疫不全症・その他の病気など) 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言われましたか		はい	いいえ
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。(最後 年 月頃)		はい	いいえ
そのときに熱がでましたか		はい	いいえ
薬や食品で発疹やじんま疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか		はい	いいえ
近親者に先天性免疫不全と診断された方はいますか		はい	いいえ
1カ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜに罹患した方がいますか 病名 ()		はい	いいえ
その他、健康状態のことで伝えたいことがあれば具体的に書いてください			
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 (実施できる ・ 見合わせた方がよい) と判断します 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、説明をしました 医師の署名又は記名押印 :			
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、副反応などについて理解しました 以上の内容に同意し、本ワクチンの接種を希望します 保護者(本人)署名 :			
使用ワクチン名	接種量	医療機関名 :	おがわ小児科
	0.25ml ・ 0.5ml	医師名 :	小川 誠
		接種年月日 :	