

3歳未満

¥3,300

インフルエンザワクチン予防接種 問診票
カルテ No.

接種を希望される方は太枠内をご記入ください
* 予防接種事故防止のため、保護者が責任を持ってご記入ください

西暦	年	月	日	診察当日の体温	度	分
住 所 市						
ふ り が な		男・女	電 話			
受ける人の氏名						
保 護 者 の 氏 名		生 年 月 日	西暦	年	月	日生 (満 歳 ャ月)
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) 保護者自署 この予診票（問診票）は予防接種の安全性の確保を目的としています。						

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
本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？	は	い	い い え
本日のインフルエンザの予防接種は今シーズン () 回目 1 回目接種は、 月 日			
4 週間以内に予防接種を受けましたか？ 予防接種名 () いつ (月 日)	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 () いつ () 症状 ()	あ	る	な い
本日体調の悪いところはありますか？(熱・咳・下痢・不機嫌・他)	あ	る	な い
最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか？ 病名 ()	は	い	い い え
今までに間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断されたことはありますか？	あ	る	な い
分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか？	あ	る	な い
1ヶ月以内に家族や遊び仲間に 麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどの 病気の方がいましたか？ 誰が () 病名 ()	い	た	い な い
生まれてからこれまでに特別な病気（先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液疾患、 脳神経、免疫不全症、その他の病気）にかかり医師の診察を受けていますか？ 病名 ()	は	い	い い え
その病気を診ている医師に本日の予防接種を受けて良いと言われましたか？	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？ () 回 最終 () 歳頃	あ	る	な い
【“ある”の場合】ひきつけ（けいれん）を起こしたとき、熱は出ましたか？	あ	る	な い
薬や食品（鶏卵・鶏肉など）で皮膚に発疹やじんましんが出たり、 体調が悪くなったことがありますか？ どんな薬、薬品で () いつ (年 月頃)	あ	る	な い
その他、医師へ健康状態のことで伝えたいことや、ご質問はありますか？	あ	る	な い
ごきょうだいの中に先天性免疫不全症と診断されている方はいますか？	い	る	い な い

医師記入欄	医師サイン
以上の問診及び診察の結果、本日の予防接種は (可能 ・ 見合わせる) 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た	

使用ワクチン	()	実施場所・実施医療機関・実施日
メーカ名	Lot シール貼付	実施場所：〒187-0032 東京都小平市小川町2-1210 実施医療機関：カラムンの森こどもクリニック
ロット No.		実施日：令和 年 月 日
接 種 量	0.25 ml (皮下注射)	

注) ガンマグロブリンは血液製剤の一種で、感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的で注射されることがあり、この注射を3～6ヶ月以内に受けた方は、麻疹などの予防接種の効果が十分に出ないことがあります。