

# 小児インフルエンザ予防接種 予診票 【1回目】

ID番号		男 ・ 女	生年月日	
ふりがな			S・H	年 月
氏名			(満 歳 ヶ月)	
奄美医療生協 組合員に		加入 ・ 未加入		受診日: 年 月 日
* 太枠内をすべて記入して下さい。				診察前の体温: 度 分
				体 重 : kg

質問事項	回答欄	医師記入欄
①「インフルエンザワクチン接種を受けられる方へ」を読みましたか？	いいえ ・ はい	
②今日、体に具合の悪いところがありますか？ 「ある」と回答された方は、その症状をご記入下さい。【症状: _____】	ある ・ ない	
③最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか？ 「はい」と回答された方は、その症状をご記入下さい。【症状: _____】	はい ・ いいえ	
④1ヶ月以内に家族や友達で、麻疹・風疹・水痘・おたふくかぜなどに、かかった方がいますか？	はい ・ いいえ	
⑤1ヶ月以内に予防接種を受けましたか？ 「はい」と回答された方は、その予防接種名をご記入下さい。【予防接種名: _____】	はい ・ いいえ	
⑥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？ 「はい」と回答された方は、その病名をご記入下さい。【病名: _____】 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良いと言われましたか？	はい ・ いいえ いいえ ・ はい	
⑦ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか？ 「ある」と回答された方は、何歳頃でしたか？ 【 _____ 】歳頃 その時に熱は出ましたか？	ある ・ ない はい ・ いいえ	
⑧食品(特に卵)や薬で皮膚に湿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？ 「ある」と回答された方は、何に対して症状が出たかご記入下さい。 【症状: _____】	ある ・ ない	
⑨接種を受けられる方のご兄弟の中に、先天性免疫不全と診断されている方はいますか？	いる ・ いない	
⑩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？ 「ある」と回答された方は、その予防接種名をご記入下さい。【予防接種名: _____】	ある ・ ない	
⑪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？	いる ・ いない	
⑫6ヶ月以内に輸血あるいは、ガンマグロブリンの投与を受けましたか？	はい ・ いいえ	
⑬現在、妊娠していますか？	はい ・ いいえ	
⑭今日の予防接種について質問がありますか？	ある ・ ない	
⑮保護者の方へ、お子様の発育歴についておたずねします。 出生体重【 _____ 】g 分娩時に異常がありましたか？ 出生後に異常がありましたか？ 乳児検診で異常があるとされたことがありますか？	あった ・ なかった あった ・ なかった ある ・ ない	

<b>医師 所見欄</b>	●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 )	●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 )
Rp) インフルエンザワクチン _____ ml(皮下) 右 ・ 左	医師印orサイン	保護者(成人の方は本人)の署名 【フルネーム】
咽頭 _____ 異常なし あり		
胸部 _____		
Lot. No.	実施日   年 月 日	

\* 患者様の治療上の為に、当日の状況等のご記入をお願い致します。  
なお、患者様ご本人の同意がある場合、法令等に基づく場合以外は  
第三者に情報提供することはありません。

〒894-0036  
鹿児島県奄美市名瀬長浜町12-24  
奄美中央病院  
TEL: 0997-52-6565