

インフルエンザワクチン接種問診票

(病院記入欄)
 度 分 ・0. ml

フリガナ		インフルエンザ今シーズン
受ける人		
生年月日	昭和・平成 年 月 日	回目
性別	男・女	
保護者氏名 (お子様が接種の場合)		満 歳

※住所、電話番号に変更がある方は受付までお申し付けください。

(接種日時点での年齢)

質問事項		回答欄		医師記入欄
《※「はい」に当てはまった場合のみ●の質問にもお答えください》				
1	インフルエンザの説明書を読みましたか。 (※裏面にあります、必ずお読みください※)	いいえ	はい	
2	《お子様のみ》 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか。	はい	いいえ	
3	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	
4	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	
5	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。 (●病名)	はい	いいえ	
6	1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。 (●予防接種の名前)	はい	いいえ	
7	生まれてから今までに、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、医師の診察を受けていますか。 (●病名) (●その医師に今日の予防接種を受けてよいといわれました)	はい (はい)	いいえ (いいえ)	
8	ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。 (●年齢 歳頃) (●そのとき熱は出ましたか。)	はい	いいえ	
9	薬や食品で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなったことはありますか。	はい	いいえ	
10	近親者に先天性免疫不全症と診断されている方はいますか。	はい	いいえ	
11	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。 (●予防接種の名前)	はい	いいえ	
12	近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか。	はい	いいえ	
13	6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか。	はい	いいえ	
14	その他、健康状態のことで伝えておきたいことがあれば具体的に書いてください。 【			】

使用ワクチン	接種場所・医師名	接種日時
メーカー名 ロットNO.	三重県鈴鹿市西条4丁目48 西条ビル1階 あかね小児科クリニック 院長 赤根宏行	