

インフルエンザ予防接種予診表 (1回目 ・ 2回目)

【任意接種用】

* 接種ご希望の方へ：太枠内にご記入下さい。

* お子さんの場合は、健康状態を把握している保護者をご記入下さい。

			診察前の体温		度	分
住所				Tel ()		
受ける人の名前		男	生年	昭和・平成	年	月 日
保護者の氏名 (18歳未満の方)		女	月日	(満 才 ヶ月)		

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日・身体に具合の悪いところがありますか？	はい	いいえ	
症状 ()			
現在、何らかの病気で医師にかかっていますか？	はい	いいえ	
病名 ()			
最近、1ヶ月以内に病気にかかりましたか？	はい	いいえ	
病名 ()			
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか？	はい	いいえ	
()才頃			
4週間以内に予防接種を受けましたか？	はい	いいえ	
予防接種名()			
生まれてから今までに特別な病気(先天性異常・心臓・肝臓・腎臓・脳神経・免疫不全症・その他の病気)にかかり、医師に診察をつけていますか？	はい	いいえ	
病名 ()			
薬や食品で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、身体のが具合が悪くなった事がありますか？	はい	いいえ	
お子さんの中に、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	
家族に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか？	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事がありますか？	はい	いいえ	
6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか？ (注)	はい	いいえ	
(ご婦人の方に) 現在妊娠していますか？	はい (現在	週)	いいえ
その他、健康状態の事で医師に伝えておきたい事があれば、ご記入下さい。			
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 (可能 ・ 見合わせる) 見合わせた場合、その理由 () 医師のサイン		

予診の結果、予防接種を受けますか？ (はい ・ いいえ)	小児：保護者のサイン 成人：本人もしくは代理人のサイン
-----------------------------------	--------------------------------

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名	
インフルエンザHAワクチン	0.6~3未 0.25ml	横浜市港北区高田東4-23-4 高田駅前医療ビル 3階	
Lot.No	3~13未 0.5ml	たかたこどもクリニック	
	13才以上 0.5ml	TEL 045-533-1123	
		医師名	
		接種年月日	

(注) ガンマグロブリンは血液製剤の一種で、重症の感染症の治療目的などで注射される事がありこの注射を3~6ヶ月以内に受けた方は、予防接種の効果が十分に出ない事があります。

1回 3500円