〈6ヶ月～3歳未満〉　インフルエンザ予防接種予診票

1回目	2回目

体温	度　　分

住所				Tel
受ける人の氏名		男・女	生年月日	平成・令和　年　月　日
保護者の氏名				（満　　歳　　ヵ月）
年齢区分	1．1歳未満　2．その他の者			

質　問　事　項	回答欄		医師記入欄
あなたのお子さん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。	あった	なかった	
出生後に異常がありましたか。	あった	なかった	
乳幼児検診で異常があると言われたことがありますか。	ある	ない	
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、医師の治療（投薬など）を受けていますか。 病名（　　）	はい	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	はい	いいえ	
今日体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状を書いてください。（　　）	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に、家族や遊び仲間に、インフルエンザ、麻しん、風しん、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	
最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類　（　　）	はい	いいえ	
新型インフルエンザ又は季節性インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
その際に具合が悪くなったことはありますか。	はい	いいえ	
これまでにインフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 予防接種の種類　（　　）	はい	いいえ	
ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか。	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
ひきつけ（けいれん）をおこしたことがありま（　　）歳頃	はい	いいえ	
そのとき熱がでましたか。	はい	いいえ	
近親者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	
近親者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	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	
（女性のみ）現在妊娠している、又は妊娠している可能性はありますか。	はい	いいえ	

医師の記入欄
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　　）
保護者に対して、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに予防接種健康被害救済制度について説明をした。
医師の署名又は記名押印

保護者の記入欄
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、ワクチンの接種を（　希望します　・　希望しません　）

令和　　年　　月　　日　　保護者自署

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量	実施場所．医師名．接種年月日
メーカー名 Lot No.	0.25ml	実施場所　あきやま子どもクリニック 医師名　秋山　千枝子 接種年月日　令和　　年　　月　　日