

インフルエンザ予防接種 予診票

※ 同伴の方も来院前に検温してください。
同伴の方： 度 分

竹田こどもクリニック 2020. 10. 01

接種前の体温 度 分

住 所	横浜市	電 話			
受ける人の氏名		男	生年	年 月 日生	
保護者の氏名		女	月日	(満 歳 ヶ月)	
昨シーズンは 接種されましたか？ <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 1回接種した <input type="checkbox"/> 2回接種した					
今回の接種は？ <input type="checkbox"/> 1回接種の1回目 <input type="checkbox"/> 2回接種の1回目 <input type="checkbox"/> 2回接種の2回目					

質 問 事 項 (当てはまる項目を○でかこんでください)	回 答 欄		当院使用欄
今日受けられる予防接種について説明文を読みましたか	はい	いいえ	
発育歴についておたずねします。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 乳児健診で異常があるとされたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない	
今日 具合の悪いところがありますか どんな症状()	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか 病名、治癒日()	はい	いいえ	
同居者や家族に具合の悪い人がいますか だれがどんな症状()	はい	いいえ	
1ヶ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜ、 新型コロナなどの病気の方がいましたか 病名()	はい	いいえ	
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、新型コロナ その他の病気)にかかり医師に診察を受けていますか 病名()	はい	いいえ	
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	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ()歳頃	はい	いいえ	
その時に熱がでましたか	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、体の具合がわるくなっ たことがありますか？ その薬や食品とは()	はい	いいえ	
近親者に免疫不全症候群と診断されている方はいますか	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ことがありますか 予防接種名()	ある	ない	
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	
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	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	

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) 医師のサイン

今日の予防接種を受けますか(はい・見合わせる) 保護者のサイン

使用ワクチン名	接 種 量	実施医療機関・医師名・接種年月日
ワクチン名 ロット番号	(皮下接種) 3才未満 0.25 3才以上 0.5 ml	竹田こどもクリニック・竹田 弘 接種年月日

インフルエンザ予防接種 予診票

※ 同伴の方も来院前に検温してください。
同伴の方： 度 分

竹田こどもクリニック 2020. 10. 01

接種前の体温 度 分

住 所	横浜市	電 話			
受ける人の氏名		男	生年	年 月 日生	
保護者の氏名		女	月日	(満 歳 ヶ月)	
昨シーズンは 接種されましたか？ <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 1回接種した <input type="checkbox"/> 2回接種した					
今回の接種は？ <input type="checkbox"/> 1回接種の1回目 <input type="checkbox"/> 2回接種の1回目 <input type="checkbox"/> 2回接種の2回目					

質 問 事 項 (当てはまる項目を○でかこんでください)	回 答 欄		当院使用欄
今日受けられる予防接種について説明文を読みましたか	はい	いいえ	
発育歴についておたずねします。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 乳児健診で異常があるとされたことがありますか	あった あった ある	なかった なかった ない	
今日 具合の悪いところがありますか どんな症状()	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか 病名、治癒日()	はい	いいえ	
同居者や家族に具合の悪い人がいますか だれがどんな症状()	はい	いいえ	
1ヶ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜ、 新型コロナなどの病気の方がいましたか 病名()	はい	いいえ	
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、新型コロナ その他の病気)にかかり医師に診察を受けていますか 病名()	はい	いいえ	
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	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ()歳頃	はい	いいえ	
その時に熱がでましたか	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、体の具合がわるくなっ たことがありますか？ その薬や食品とは()	はい	いいえ	
近親者に免疫不全症候群と診断されている方はいますか	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ことがありますか 予防接種名()	ある	ない	
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	
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	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	

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) 医師のサイン

今日の予防接種を受けますか(はい・見合わせる) 保護者のサイン

使用ワクチン名	接 種 量	実施医療機関・医師名・接種年月日
ワクチン名 ロット番号	(皮下接種) 3才未満 0.25 3才以上 0.5 ml	竹田こどもクリニック・竹田 弘 接種年月日