

# インフルエンザ予防接種予診票

PMS文書番号: Bbc07022-03

接種希望の方へ: 太枠内にご記入下さい。

任意接種用

受ける人の氏名 ( 歳)	診察前の体温 度 分	
(保護者の氏名)	年	月 日
1 今までインフルエンザ予防接種を受けたことがありますか。  はいの方; その際具合が悪くなったりしましたか。	いいえ	はい
2 インフルエンザワクチン以外の予防接種で具合が悪くなったことがありますか。	はい(症状)	いいえ
3 今日、具合が悪いところがありますか。	ある(予防接種名・症状)	ない
4 今日、具合が悪いところがありますか。	ある(具体的に)	ない
5 今日、具合が悪いところがありますか。	ある(食品・薬の名前)	いいえ
6 今日、具合が悪いところがありますか。	はい(食品・薬の名前)	いいえ
7 今日、具合が悪いところがありますか。	はい(病名)	いいえ
8 今日、具合が悪いところがありますか。	はい(薬の名前)	いいえ
9 今までに以下の病気にかかった、またはかかっていますか。 (上記と重複可) はいの方; どの病気ですか。○をしてください。	はい	いいえ
心臓病 (病名 )	ひきつけ(けいれん)	
腎臓病 (病名 )	免疫不全	
肝臓病 (病名 )	ぜんそく	
血液疾患 (病名 )		
10 1か月以内に予防接種を受けましたか	はい(予防接種名・接種日)	いいえ
11 (ご婦人の方へ) 現在妊娠していますか。	はい	いいえ
( 保護者署名 )	本人署名	

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 )

医師署名

使用ワクチン Lot No.	接種経路 皮下接種 0.5ml	接種年月日
----------------	--------------------	-------