

インフルエンザ予防接種問診票（小児用）

住 所			
受ける人の氏名	男・女	生年	年 月 日生
保護者の氏名		月日	（満 歳 ヶ月）

昨夜の体温	度 分
診察前の体温	度 分

質 問 事 項（あてはまるところに記入および○で囲んでください）	回答欄		医師記入欄
出生体重（ ）g 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	はい はい はい	いいえ いいえ いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか はいの方は症状を書いてください（ ）	はい	いいえ	
最近、1ヶ月以内に病気にかかりましたか はいの方は病名を書いてください（ ）	はい	いいえ	
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 はいの方は病名を書いてください（ ）	はい	いいえ	
4週間以内に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜ、ポリオ、BCGなどの予防接種を受けたことがありますか	はい	いいえ	
1週間以内に上記以外の予防接種を受けたことがありますか	はい	いいえ	
生まれてから今までに特別な病気（先天性異常、心臓、腎臓、脳神経、免疫不全、その他）にかかり、医師の診察を受けていますか はいの方は病名を書いてください（ ） その病気の主治医に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか	はい はい	いいえ いいえ	
ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか（ ）歳頃 その時に熱が出ましたか	はい はい	いいえ いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
お子さんの中に先天性免疫不全と診断された方はいますか	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ことはありますか はいの方は予防接種名を書いてください（ ）	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	
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			
予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか（はい・いいえ） 保護者のサイン			

ワクチン名 lot. No.	接種量（皮下） ml	実施場所 厚生連 渥美病院
接種日 令和 年 月 日	医 師 名	