インフルエンザ予防接種予診票 (チルドレンクリニック専用)

※接種希望の方は太枠内のみご記入ください。回答欄はどちらかに○印をつけてください。
※高校生以下のお子様は保護者が記入し、大人の方が同伴してください。

保護者記入欄		
経鼻 (フルミスト) 2歳～18歳	注射	
	1回目	2回目
診察前の体温	度 分	
TEL ()	-	
フリガナ	男	女
受ける人の氏名	生年 月 日	年 月 日
(保護者の氏名)	女	月 日
	(満	歳 ヶ月)

質問事項	回答欄	医師
(フルミストの方)お子様の年齢は2歳～18歳ですか。	はい	いいえ
(フルミストの方)免疫不全患者(抗がん剤治療を受けている人)やそういった患者様と同居していますか。	はい	いいえ
今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい(具体的に)	いいえ
現在何かの病気で医師にかかっていますか。	はい (具体的に)	いいえ
その場合治療(投薬など)を受けていますか。	はい	いいえ
主治医には、今日の予防接種を受けてもよいといわれましたか。	はい	いいえ
最近1か月以内に病気にかかりましたか。	はい(病名)	いいえ
これまでに特別な病気(心臓血管系・腎臓・血液疾患、免疫不全症、発育障害、その他)かかり、医師の診察を受けたことがありますか。	はい (病名)	いいえ
これまでに重度の喘息などの呼吸器系疾患と診断されたことがありますか。現在、治療中ですか。	はい 年 月頃 現在治療中 ・ 治療していない	いいえ
これまでにけいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	はい 回(最後は 年 月頃)	いいえ
これまでに薬や食品(ゼラチン、鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発疹が出たり、体の具合が悪くなったことはありますか。	はい (薬、食品名)	いいえ
近親者の中に予防接種を受けて、具合の悪くなった方はいますか。	はい(予防接種名)	いいえ
近親者の中で先天性免疫不全症と診断された方はいますか。	はい	いいえ
最近1か月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘(水ぼうそう)、おたふくかぜなどにかかった方はいますか。	はい (病名)	いいえ
最近1か月以内に予防接種を受けましたか。	はい(予防接種名)	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。	ある(具体的に)	いいえ
(予防接種を受けられる方がお子様の場合)分娩時、出生時乳幼児健診などで異常がありましたか。	はい (具体的に)	いいえ
(女性)現在妊娠している、あるいは妊娠している可能性がありますか。または授乳していますか。	はい	いいえ
その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや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(実施できる ・ 見合わせた方がよい)と判断します。 本人または保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について説明しました。 フルミスト接種の場合：本剤の接種対象者が2歳以上19歳未満であることを確認しました。
医師署名又は記名押印

本人(保護者)記入欄
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で接種することに (同意します ・ 同意しません)
署名 (代筆者の場合：続柄)

使用ワクチン名	用法・容量	実施場所・医師名・接種日時
皮下接種 □0.5ml(3歳以上) □0.25ml(6ヶ月以上3歳未満)	□点鼻 各鼻腔0.1ml噴霧 0.2ml	実施場所： チルドレンクリニック 医師名： 辻 徹 接種日時： 20 年 月 日