

[経鼻インフルエンザ生ワクチン] 予防接種予診票

(フリガナ)	性別	接種日時：	年	月	日
接種を受ける人の氏名：	(男/女)	診察前体温：	度	分	
保護者氏名：		年齢：	才	ヶ月	
電話番号： - -		生年月日：	年	月	日
住所：					

質 問 事 項	回答欄	医師記入欄
今回受ける予防接種について効果や副反応について理解しましたか。	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
今日、普段と違って具合の悪い所がありますか 具体的な症状：	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
これまでにインフルエンザにかかったことがありますか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
今までインフルエンザワクチンを接種した事がありますか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
4週間以内に予防接種を受けましたか 日時・種類：	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
生まれてから今まで特別な病気にかかりましたか 例：先天異常、心臓・肝臓・脳神経・じん臓の病気、免疫不全、川崎病、紫斑病、その他： その病気の診療医に本日の予防接種は可能と言われましたか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
けいれん(ひきつけ)を起こした事がありますか () 歳ごろ その時、熱はありましたか：	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
最近6ヶ月以内にガンマグロブリン療法を受けた事がありますか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
食品や薬で発疹が出たり具合が悪くなった物がありますか 食品/薬剤名と症状：	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
これまで予防接種を受けて具合が悪くなった事がありますか 予防接種名と症状：	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
接種を受ける方の出生時の状況についてお訪ねします。 出生時の体重 () g 分娩時に異常はありましたか 健診時に異常があるとされた事がありますか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
最近家族や友達に、はしか、風疹、水ぼうそう、おたふくかぜなどの病気の方はいましたか 病名：	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
近親者に、予防接種で具合が悪くなった方はいますか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
近親者に、先天性免疫不全と診断された方はいますか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
今回の予防接種について質問がありますか	はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/>	
医師の診察・説明を受け、接種の効果・副反応等を理解したうえで予防接種を希望します		
保護者署名 []		

(医師記入欄) 保護者に対し予防接種の効果・副反応等について説明致しました。	
問診・診察の結果、本予防接種を [見合わせます / 実施可能と判断します]	
場所：小児科たかのクリニック	医師署名： []
種類 Flumist	接種：0.2 ml 鼻腔内投与 (0.1ml づつ左右の鼻腔内分割投与)
製造社：MedImmune Inc.	製造番号： []