

令和 年 月 日 ワクチン名 ()
 (不活化インフルエンザ 回目)
 (経鼻生インフルエンザ 回目)

【氏名: 】年齢(歳 カ月) 体温(℃)

今日体の具合の悪いところがありますか? 具合の悪い症状を書いてください ()	はい	いいえ
最近1カ月以内に病気にかかりましたか? 病名 ()	はい	いいえ
1カ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、水痘、おたふくかぜなどの 病気の方がいましたか? 病名 ()	はい	いいえ
1カ月以内に予防接種を受けましたか? 予防接種名 ()	はい	いいえ
生まれてから今まで特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、 脳神経、免疫不全症など)にかかり医師に診察を受けていますか? 病名 ()	はい	いいえ
その医師に今日の予防接種は受けてよ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
その時に熱が出ましたか?	はい	いいえ
薬や食品でじんましんが出たり、体の具合が悪くなった事がありますか? その時の薬あるいは食品名 ()	はい	いいえ
家族の中に先天性免疫不全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 ()	はい	いいえ
家族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カ月以内に輸血、あるいはガンマグロブリンの注射をうけましたか?	はい	いいえ
成人女性の方は現在妊娠していますか?	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】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 ・ 見合わせる)	サイン	