

インフルエンザワクチン予診票

診察前の体温

度 分

太枠内の記入をお願いします

住所			TEL	
ふりがな		男 女	生年 月日	令和 平成 昭和
受ける人の氏名				年 月 日生
保護者の氏名				(満 歳 ヶ月)

予防接種を安全に行うために以下の質問にお答え下さい

今日受けられるインフルエンザの予防接種は今シーズン何回目ですか	1回目	2回目
今日の体調はいかがですか *具合の悪いところを書いてください ()	よくない	よい
最近1カ月以内に体調を崩したり病気をしましたか *病名または具合が悪かったところを書いてください ()	はい	いいえ
1ヶ月以内に家族や身近な人で麻しん、風しん、水ぼうそうなどの病気になった方がいますか *病名 () どなたが ()	はい	いいえ
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか *予防接種の種類 () 月 日	はい	いいえ
今までにインフルエンザワクチンを受けたことがありますか *去年 一昨年 毎年 以前 ()	はい	いいえ
インフルエンザワクチンで何か具合が悪くありましたか *どのようなこと ()	はい	いいえ
これまでに受けた予防接種で具合の悪いことがありましたか *予防接種の種類 () どのようなこと ()	はい	いいえ
今までに特別な病気 (先天性異常、心臓、肝臓、脳神経、免疫不全、その他の病気) にかかり医師に診察を受けたことがありますか *病名 ()	はい	いいえ
その医師からインフルエンザワクチンを受ける許可をもらっていますか	はい	いいえ
薬や食品で「じんましん」など具合の悪いことがありましたか *その薬品や食品が分かっていたらお書き下さい ()	はい	いいえ
『女性のみ』 妊娠していますか *現在 () 週です	はい	いいえ
インフルエンザワクチンについて質問がありますか *質問内容を []	はい	いいえ

問診および診察の結果、接種は (可能・見合わせる) 医師のサイン
予診結果を聞いて今日の予防接種を受けますか (はい・いいえ) 保護者または本人のサイン

*医師記入欄

使用ワクチン名	接種量	接種医師名・接種年月日
インフルエンザ HA ワクチン Lot No.	回目 ml	こじま内科小児科クリニック 児島康浩 年 月 日

インフルエンザワクチン接種済証

被接種者氏名	使用ワクチン名	接種医師名・接種年月日
様	インフルエンザ HA ワクチン Lot No. 回目 ml	こじま内科小児科クリニック 児島康浩 年 月 日

【インフルエンザワクチンを受けた後の注意について】

- ①本日は過激な運動や大量の飲酒は避けて、注射部位は清潔にしておいてください。
- ②今晚入浴しても差し支えありません。
- ③注射後に注射部位が赤く腫れたり、痛んだりすることがありますが、通常2～3日で治ります。
もし高熱やけいれんなどの異常反応や、体調の変化があれば、すみやかに医師の診療を受けてください。
- ④13歳以上の方は、インフルエンザの流行前（10月～12月頃）に一回接種します。
13歳未満の方は2～4週間の間隔をおいて二回接種しますが、効果面からは4週間隔が望まれます。