

# インフルエンザ予防接種予診表

年 月 日

ご住所:	電話番号: - -
お子様のお名前:	生年月日 年 月 日生 ( 歳 ヶ月)
今日お連れになった方の氏名:	続柄:

1. 今日は何の予防接種を受けますか。	インフルエンザ	
2. 今日の予防接種について市町村から配られている説明書は読みましたか。	いいえ	はい
3. 今日の体温は何度ですか。 午前・午後 時	℃	
4. 今日のはからだの具合の悪いところがありますか。	ある	ない
5. 1ヶ月以内に何か病気にかかったことはありますか。	ある	ない
6. 1ヶ月以内に予防接種は受けましたか。( 月 日)	はい	いいえ
7. 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	ない
8. 出生時の体重は何gですか。	g	
9. 分娩時に異常がありましたか。( )	ある	ない
10. 出生後に異常がありましたか。( )	ある	ない
11. 乳幼児検診で異常があるといわれたことはありますか。	ある	ない
12. 今までに特別な病気(先天性疾患、免疫不全症、心臓病、肝臓病など)にかかり、医師の診察を受けていますか。 病名( )	はい	いいえ
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	はい	いいえ
13. 今までにひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。	はい	いいえ
そのとき熱はありましたか。	はい	いいえ
14. 薬や食べ物で皮膚に発疹やじんま疹が出たり、からだの具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ
15. ゼリー、ゼラチンのアレルギーはありますか。	はい	いいえ
16. 1ヶ月以内にはしか、風疹、おたふく、水ぼうそうの人と接触しましたか。	はい	いいえ
17. 6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか。	はい	いいえ
18. 今日の予防接種について質問や医師に伝えておきたいことがありますか。	はい	いいえ
19. 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

医師診察所見	保護者サイン
Throat	Lot No
Enanthema	予防接種 可能 ・ 延期
Heart	医師署名 印
Lung	
Skin rasb	看護師署名 印
Lymphbord	

## 領 収 書

平成 年 月 日

様

2,800円

インフルエンザ予防摂取料



医療法人 望月会  
**望月クリニック**

院長 望月 裕文 印  
甲府市塩部4-16-2  
TEL 055-220-3311