

あさだこどもクリニック インフルエンザワクチン問診票

(予防接種当日に太枠内の該当項目に記入、もしくは○で囲んで下さい。)

住 所	堺市 区 TEL () -				
フリガナ		男・女	生年月日	平成・令和 (年 月 日 生 歳 力月)	保護者の氏名
受ける子供の氏名					

本日希望するワクチン	① 注射不活化ワクチン	1回目	2回目
	② 経鼻生ワクチン (フルミスト)	1回目	

いすれかを○で囲んでください

質 問 事 項		回 答 欄		医師記入欄
1	今日受ける予防接種についての説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
2	今日、体の具合の悪いところがありますか。 あれば、その症状を書いて下さい。()	はい	いいえ	
3	最近 1ヵ月以内に病気にかかりましたか。 (病名) かかった日 (月 日頃)	はい	いいえ	
4	4週間以内に予防接種を受けましたか。 (予防接種名)	はい	いいえ	
5	今までに特別な病気 (先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全、その他の病気) にかかり診察を受けていますか。(病名) 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	
6	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。 それは現在治療中ですか。	はい	いいえ	
7	今までに、けいれん (ひきつけ) をおこしたことがありますか。(歳頃)	はい	いいえ	
8	たまご又はその加工品を食べて皮ふに発しんがでたり下痢をしたことがありますか。 (歳頃)	はい	いいえ	
9	薬や食品 (ゼラチンなど) で皮ふに発しんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか。(種類)	はい	いいえ	
10	じんましん、アトピー性皮膚炎、ぜんそくなどアレルギー性の病気がありますか。	はい	いいえ	
11	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	
12	家族に予防接種を受けて具合が悪くなった方がいますか。	はい	いいえ	
13	1 ヶ月以内に家族や遊び仲間に麻しん、風しん、おたふくかぜ、水痘 (みずぼうそう) などの病気の方がいましたか。(病名)	はい	いいえ	
14	家族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	
15	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。(注)	はい	いいえ	
16	今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	

(注) ガンマグロブリンは血液製剤の一種で、感染症の予防や治療、川崎病の治療を目的として注射されることがあり、この注射を6ヵ月以内に受けた方は、生ワクチン (麻しん・風しん・おたふくかぜ・みずぼうそう等) の効果が十分に出ないことがあります。

医師の記入欄	診察前の体温 度 分
診察所見・その他の特記事項 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。 保護者に対して、予防接種の効果、副反応について、説明をしました。 医師名	

16 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、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) ※かっこの中のどちらかを○で囲んで下さい。
この問診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。 このことを理解の上、問診票が市町村に提出されることに同意します。 保護者サイン

使用ワクチン・LOT番号	接種部位	接種量
シール	☐ 左上腕	☐ 0.25ml (6か月以上3歳未満)
	☐ 右上腕	☐ 0.5ml (3歳以上)
	☐ 点鼻	0.2ml (各鼻腔0.1ml噴霧 2歳以上)

接種年月日	医師名
令和 年 月 日	