フルミスト 予診票 （ 1回目 ・ 2回目

接種歴	これまでに1回でもインフルエンザワクチンを接種したことがありますか？　はい ・ いいえ			
既往歴	これまでに1回でもインフルエンザにかかったことがありますか？　はい ・ いいえ			
住　所			診察前の体温	.　℃
フリガナ 受ける人の氏名		男・女	生年月日 (満年齢)	平成　年　月　日生 (満　歳　か月)
保護者の氏名		電話番号		－　－

下記の質問事項をていねいに読んで黒のボールペンでお書きください(○で囲む、または具体的に記入してください)

	質問事項		回答欄		医師記入欄
1	予防接種についての説明を読み、効果や副反応、健康被害救済制度について理解しましたか		いいえ	はい	
2	接種を受ける人の発育歴についておたずねします				
	出生体重(　　)g	分娩時に異常がありましたか	はい	いいえ	
		出生後に異常がありましたか	はい	いいえ	
		乳幼児健診で異常があるといわれたことがありますか	はい	いいえ	
3	今日、体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状 (　　)		はい	いいえ	
4	最近、1か月以内に病気にかかりましたか　病名(　　)		はい	いいえ	
5	1か月以内に家族や遊び仲間に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の人がいましたか 病名(　　)		はい	いいえ	
6	4週間以内に予防接種を受けましたか　接種日(　/　)　予防接種名(　　)		はい	いいえ	
7	6か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	
8	生れてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気にかかり、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	
9	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	
	そのとき熱が出ましたか		はい	いいえ	
10	薬や食品で皮ふに発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか 薬・食品名 (　　)		はい	いいえ	
11	近親者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	
12	これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか　予防接種名(　　)		はい	いいえ	
13	近親者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	
14	(12歳以上の女性の場合)現在、生理が遅れている、または妊娠の可能性がありますか		はい	いいえ	
15	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	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		
		医師署名又は記名押印	

保護者記入欄	医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解したうえで予防接種を希望しますか		
	(希望します ・ 希望しません)	保護者署名	

ワクチン／Lot No.	接種量	接種部位	接種場所／医師名／接種年月日
	0.5ml	鼻腔内噴霧	〒213-0033 神奈川県川崎市高津区下作延3－3－10スルバリエ梶ヶ谷2階 **北浜こどもクリニック** 医師名 **北浜 直**　接種年月日