[インフルエンザ経鼻生ワクチン 予診票]

カルテ番号					
住所				診察前の体温	℃
フリガナ		男・女	生年月日	S・H 年 月 日	年齢
受ける人の氏名					歳 ヶ月
保護者の氏名			電話番号	― ―	

下記の質問事項を読んで黒のボールペンでお書き下さい。(○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	今回受ける予防注射について効果や副反応、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	**[輸入ワクチン＊について]** 国内未承認ワクチンであり、補償制度は実質無いことについて理解しましたか。	いいえ	はい	
3	接種を受ける方の発育歴についておたずねします。(お子様のみ)			
	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言われたことがありますか。	はい	いいえ	
4	今日、体に具合の悪いところがありますか。 ( )	はい	いいえ	
5	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	
6	1か月以内に家族や友人に麻疹、風疹、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	
7	4週間以内に予防接種をうけましたか。 接種日(/)予防接種名( )	はい	いいえ	
8	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	
9	生ま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うけてよいといわれましたか。	はい	いいえ	
10	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、熱が出ましたか。	はい	いいえ	
11	薬や食品で皮膚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	
12	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	
13	これまでに予防接種をう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	
14	近親者に予防接種をうけて具合が悪くなった方はいますか。	はい	いいえ	
15	(女性の方)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	
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	

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。		
		保護者(本人)署名	
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	竹内 基 ㊞
ロットNO.		接種年月日	平成 年 月 日
実施場所	〒292-0807 千葉県木更津市請西南4丁目2-9 医療法人社団 明竹会 竹内基クリニック 院長 竹内基 TEL0438-30-2266		

＊輸入ワクチン:当院では、経鼻インフルエンザ(フルミスト)