

インフルエンザワクチン・フルミストワクチン問診表

医療法人社団さとうキッズクリニック 体温 度 分

本人氏名			保護者名		
住 所	〒		生年月日	年 月 日	
TEL			満 歳	ヶ月	
1. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか？ その病気の主治医に予防接種を受けてよいといわれましたか？ ステロイドなどの免疫抑制剤を内服していますか？				は い	い い え
				は い	い い え
				は い	い い え
2. 今日の身体の具合はどうですか？				よ い	悪 い ①下痢気味 ②咳が出る ③鼻水が出る ④その他
3. 最近、1カ月以内に病気にかかりましたか？				かかっていない	かかっている (病名)
4. 今、著しい栄養障害がありますか？				な い	あ る
5. 今までに、特別な病気(心臓、腎臓、肝臓、免疫不全、血液疾患など) 何か重い病気にかかったことがありますか？				な い	あ る (病名)
6. 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？				な い	あ る
7. 薬や食品(特にたまごや鶏肉、ゼラチン(ゼリー、グミ)など)を食べて 皮膚に発疹ができるか、下痢をしたりしたことがありますか？				な い	あ る
8. 今、湿疹など皮膚の病気がありますか？				な い	あ る
9. 間質性肺炎、気管支喘息など呼吸器疾患と診断されたことはあるか？				な い	あ る
10. 今までに、注射か薬を飲んで発疹が起きたり、異常をきたした ことがありますか？				な い	あ る (具体的に)
11. 1カ月以内に、予防接種を受けましたか？				受けていない	受けている (予防接種の種類)
12. 今までに予防接種を受けて、具合の悪くなったことがありますか？				な い	あ る
13. 1カ月以内に近親者や周囲で麻疹(はしか)、風疹、水ぼうそう おたふくかぜにかかった方はいますか？				いない	い る
14. 近親者に先天性免疫不全の方はいますか？				いない	い る
15.(女性の方に) 現在妊娠していますか？ フルミストワクチン接種の方は、2カ月間の完全避妊はできますか？				いいえ 可	は い 不可
16. 接種を受けられる方がお子さんの場合 出生体重()g 分娩時、出生時、乳児健診などで異常はありましたか？				いいえ	は い 健診時に何か注意を受けたことがあれば記入
医 師 判 定		A. 実 施	B. 見合わせ		
医師の診察、説明を受けて予防接種の効果や副反応などについて理解したうえで接種することに (同意します・同意しません) (署名) 本人もしくは保護者					
インフルエンザワクチン Lot No			皮下接種 0.25ml	医師名	佐藤謙二
			0.5ml	接種日時	