

受ける人の
ふりがな

カルテ No. _____

名前

男・女

住所 _____

電話番号 _____

生年月日

昭和・平成 年 月 日(満 歳) (未就学 ・ 小学生 ・ 中学生以上)

3歳以上 0.5ml

受付 ナース ドクター

★診察前の体温 度 分★

質問事項	回答欄		医師記入欄
生まれたときの体重が少なかったり、出産時、出生後、乳幼児健診などで異常があるといわれたことがありましたか。	あった	なかった	
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、医師の治療(投薬など)を受けていますか。 (病名: _____)	はい	いいえ	
その病気の主治医には、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	
今日体に具合の悪いところがありますか。(症状: _____)	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか。(病名: _____)	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に、家族や遊び仲間に、インフルエンザ、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜ、新型コロナウイルス感染症などの病気の方がいましたか。 (病名: _____)(いつですか 月 日)	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。(新型コロナウイルスワクチンを含む) (予防接種の種類: _____)(いつですか 月 日)	はい	いいえ	
これまでにインフルエンザの予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 (症状: _____)	はい	いいえ	
これまでにインフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 (予防接種の種類: _____)(症状: _____)	はい	いいえ	
ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか。	はい	いいえ	
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。	はい	いいえ	
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	
そのとき熱がでましたか。	はい	いいえ	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか。	はい	いいえ	
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	
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	
今日の予防接種について質問がありますか？	はい	いいえ	
女性のみ)現在妊娠している。又は妊娠している可能性はありますか。	はい	いいえ	

医師記入欄

以上の問診・診察の結果、今日の予防接種は(可能 ・ 見合わせる)

保護者に対して、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに予防接種健康被害救済制度について、説明をした。
医師の署名又は記名押印 _____

保護者記入欄

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、以下のワクチンの接種を (希望します ・ 希望しません)

※原則として高校を卒業するまでは保護者の同伴が必要です

保護者のサイン(18歳以上(高校生を除く)の方はご本人のサイン) _____

使用ワクチン名	接種量	接種場所・接種年月日
ワクチン名:インフルエンザ HA ワクチン LOT No. :	(皮下接種) 0.5ml	実施場所:立川市幸町 1-11-3 さいわいこどもクリニック 接種年月日:令和

※ガンマグロブリンは血液製剤の一種で、重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3~6ヶ月以内に受けた方は麻疹などの予防接種の効果が充分に出ないことがあります。(S 2021.9)

【当院記載欄】

助成 2,000円 助成 3,000円 助成なし 3,500円 助成なし 4,500円