

インフルエンザ予防接種予診票

* 接種希望の方へ：太枠内にボールペン等でご記入下さい。 当日の体温を記入してお持ちください

(鉛筆書き不可)

		体温		度	分
住 所		TEL ()	—		
ふりがな		男 ・ 女	昭和	年	月 日
氏 名			平成	令和	(満
保護者氏名					

質問事項	回答欄		医師欄
1. 今年度、インフルエンザ予防接種は何回目ですか。	2 回目 (1 回目接種 月 日)	1 回目	
2. 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか。	ある (具体的に)	ない	
3. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。	いる (病名) 薬を飲んで (いる・いない)	いない	
4. 最近 1 ヶ月の間に何かの病気で医師にかかりましたか。	はい (病名) 月 日頃	いいえ	
5. けいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか。	ある 回くらい 最後は 年 月頃	ない	
6. 薬や食べ物で皮膚に発疹ができたことがありますか。	ある (薬、食品名)	ない	
7. たまご又は鶏肉を食べて発疹がでたことや、下痢をしたことがありますか。	ある 年 月頃 今は食べて (いる・いない)	ない	
8. 4 週間以内に右の予防接種を受けたことがありますか。 ある場合は接種日をご記入ください。(月 日)	MR ワクチン (麻しん風しん) BCG・水痘・おたふくかぜ	ない	
9. 1 週間以内に不活化ワクチン(質問 8 以外のワクチン)の 予防接種を受けたことがありますか。(月 日)	ある (予防接種名)	ない	
10. 生まれてから今までに特別な病気 (先天性異常、心臓、 腎臓、肝臓、血液疾患、免疫不全、その他の病気) にか かり医師の診断を受けていますか。	いる (病名・主治医コメント)	いない	
11. 予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。	ある (予防接種名・症状)	ない	
12. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことが あれば、具体的に書いてください。			
13. 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応につ いて理解した上で、接種を希望しますか。	はい・いいえ 本人又は保護者のサイン		

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (可能・見合わせる) 医師のサイン

使用 ワ ク チ ン 名	接 種 量	実施場所： 458 - 0830 名古屋市緑区姥子山 1 丁目 608			
Lot. No. :		広瀬内科クリニック			
	m L	医師名：	院長 広 瀬 聡		
		接種日時：	時	分	