

インフルエンザワクチン予防接種予診票

実施日 年 月 日

今シーズン 1回目 2回目

※ 太枠の中のみ記入して下さい

※ お子さんの場合には、保護者をご記入下さい

診察前の体温 度 分

住所	電話 ()	
フリガナ 受ける人の氏名	男・女	生年 大・昭・平・令 (西暦) 年 月 日生 (満 歳 ヶ月)
(保護者氏名)		

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日、普段と違って具合の悪いところがありますか	はい (具体的に)	いいえ	
最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか	はい いつ頃 (頃)	いいえ	
最近1ヶ月以内に発熱 (37.5℃以上) がありましたか	はい いつ頃 (頃) (°C)	いいえ	
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は、今日の予防接種を受けて良いと言われましたか	はい 病名 ()	いいえ	
インフルエンザ予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか	はい (具体的に)	いいえ	
4週間以内にインフルエンザ以外の予防接種を受けましたか 予防接種名 ()	はい	いいえ	
1ヶ月以内に近親者や周囲で麻疹 (はしか)、風しん、 水痘 (みずぼうそう)、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか	はい	いいえ	
[女性の方に] 現在妊娠している可能性がありますか	はい	いいえ	

その他、健康状態のことで医師に伝えておきたい ことや質問があれば、具体的にご記入下さい	
医師の診察説明受け、予防接種の効果、副反応 などについて理解した上で接種することに (同意します ・ 同意しません)	署名 (本人または保護者)

医師の記入欄

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)		医師の署名
使用ワクチン名	接種量 ml	実施場所・中居町クリニック
Lot No 番号	皮下接種 <input type="checkbox"/> 0.25 (3歳未満) <input type="checkbox"/> 0.5 (3歳以上)	医療機関名：中居町クリニック TEL:03-3881-3778 医療機関住所：〒120-0023 東京都足立区千住寿町3-5 医師名：都築秀至