

インフルエンザ予防接種問診票 (64才までの方)

体温 度 分

住所 〒

電話

ふりがな  
氏名

男 女

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日生 (満 歳)

保護者の氏名

質問事項			医師記入欄
今日の予防接種について説明書を読み、理解しましたか。	はい	いいえ	
今日のインフルエンザ予防接種は今シーズン何回目のものでしょうか。	1回目	2回目(前回 月 日)	
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 病名( )	はい	いいえ	
本人もしくは家族が免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
上記以外で、現在何かの病気にかかっていますか。 病名( )	はい	いいえ	
治療を受けていますか。(通院先 )	はい	いいえ	
今日、体の具合が悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。( )	はい	いいえ	
現在、鶏卵にアレルギーがあるため、全く食べないようにしていますか。	はい	いいえ	
これまでにインフルエンザのワクチンを受けたことがありますか。 その際に具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
インフルエンザ以外の予防接種の際に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)を起こしたことがありますか。(最後は 才頃)	はい	いいえ	
4週間以内に予防接種を受けましたか。(種類 月 日)	はい	いいえ	
最近1ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名( )	はい	いいえ	
最近1ヵ月以内に身近な人に麻疹、風疹、水痘、おたふく風邪にかかった人がいますか。	はい	いいえ	
女性の方へ 妊娠しているかその可能性がありますか。(妊娠 週)	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	

医師の診察・説明を受け、接種を希望しますか。( はい 延期します )

本人または保護者のサイン

続柄(本人 父 母 )

医師の記入欄

以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は ( 可能と判断し接種した 見合わせる )

医師のサイン

Lot No.

実施場所: 鎌倉市玉縄1-1-5-106 あいクリニック

接種量 0.5ml

接種日: 年 月 日