

インフルエンザ予防接種予診票

任意接種用

※37.5度以上の場合は接種できません

★太枠内にご記入ください

ふりがな			診察前の体温	℃
受ける方のお名前	様		性別	男 ・ 女
生年月日 (満年齢)	(大正・昭和・平成・令和・西暦) 年 月 日 (満 歳 ヲ月)			
ふりがな				
住所①	〒	(都道府県)	(市区町村)	
ふりがな				
住所②	(番地)			
ふりがな				
住所③	(建物名・部屋番号)			
電話番号	(自宅)	()	(携帯)	()
ふりがな				
保護者の氏名 (未成年者接種)	様			

質問事項	回答欄		医師記入欄
①今日、体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いて下さい ()	はい	いいえ	
②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	
③4週間以内に予防接種を受けましたか 予防接種名 () (月 日) 予防接種名 () (月 日) 予防接種名 () (月 日)	はい	いいえ	
④ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ⇒そのときに熱がでましたか	はい はい	いいえ いいえ	
⑤これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか 予防接種名・症状 ()	はい	いいえ	
⑥卵や卵の加工品を普段食べていますか	はい	いいえ	
⑦6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリン注射を受けましたか	はい	いいえ	
⑧(ご婦人の方に) 現在妊娠している可能性はありますか	はい	いいえ	
その他、健康状態のことで伝えておきたいことがあれば具体的に書いて下さい			

予診の結果今日の予防接種を受けますか ⇒ (受ける ・ 見合わせる)	本人の署名 もしくは保護者の署名
---	---------------------

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名
ワクチン名	0.5ml	実施場所 千駄ヶ谷北参道クリニック
Lot No.	0.25ml	医師名
		接種日時 年 月 日

※当院を何でお知りになりましたか？	チラシ・当院ホームページ・Web () ご紹介・クリニック前 看板を見て・その他 ()
-------------------	--

【備考】
