

## インフルエンザ予防接種予診票 任意接種用

住所		体温	
フリガナ 受ける方の氏名		男 女	生年 月日
保護者の氏名		電話	
		SHR	年 月 日 (満 歳 か月)

質問事項	回答欄	
今日受けるインフルエンザ予防接種についての説明文を読み、効果や副反応などについて理解しましたか	いいえ	はい
現在、何か病気にかかっていますか、また今日具合の悪いところがありますか 病名、具合の悪い箇所 ( )	はい	いいえ
最近1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか(病名 治療(投薬など)を受けていますか	はい	いいえ
1か月以内に家族や遊び仲間に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか	はい	いいえ
1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名・接種日 ( 年 月 日 )	はい	いいえ
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか	はい	いいえ
その際に具合が悪くなったことはありますか	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 予防接種名 ( )	はい	いいえ
今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全にかかり医師の診断を受けた事がありますか	はい	いいえ
その他の病気にかかり医師の診断を受けていますか 病名 ( )	はい	いいえ
その病気をみてもらっている医師に今日の予防接種を受けても良いと言われましたか	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 ( 歳ごろ)	はい	いいえ
薬や食品、(鶏肉、鶏卵など)で皮膚に発疹やじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ
●13歳以上の女性へ● 現在、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】以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は [ 可能 ・ 見合わせる ] 医師サイン 石橋 啓如 印		

ワクチンロット番号	接種量	実施医療機関・医師名
	(皮下接種)	実施医療機関 医療法人社団啓寿会 石橋クリニック
	0.25ml (3歳未満)	医師名 石橋 啓如
	0.5ml (3歳以上)	接種年月日 令和 年 月 日