

# インフルエンザ予防接種予診票

		日付	スキャン	Wチェック
診察券番号		体温	度	分
〒				
住所		TEL ( )	-	
フリガナ 氏名		男・女	今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン何回目ですか。 1回目 ・ 2回目	
生年月日	大正・昭和・平成・令和		年	月 日生 (満 歳)

中学生以下は保護者署名及び同伴が必要です。

質問事項	回答欄		医師記入欄
今までインフルエンザワクチンの予防接種を受けられことがありますか。	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	
インフルエンザ予防接種以外に具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか。 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 免疫不全 <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> コレステロール <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> その他( )	はい	いいえ	
治療(投薬など)を受けていますか。	はい	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	はい	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。症状( )	はい	いいえ	
ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか。	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。	はい	いいえ	
最近1カ月以内に熱がでたり、病気にかかったりしましたか。 病名( )	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	
(女性の方に)現在妊娠している、または妊娠している可能性はありますか。	はい	いいえ	

被接種者の記入欄  
**医師の説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、接種を希望します。**  
 本人自署(中学生以下は保護者の署名)

医師の記入欄 ※括弧内のどちらかを○で囲んでください  
 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 )  
 医師の署名又は記名押印

使用ワクチン	接種量	回数	部位	サイン
インフルエンザワクチン				
Lot No.	ml			

