

インフルエンザワクチン 予診票

日付

クリニックでスタンプを押します

19歳以上

ダウンロードして印刷するときには必ずカラーで

0.5

住 所			診察前の体温		℃
フリガナ		男・女	生年月日 (満年齢)	西暦 (満 歳 か月)	年 月 日生
受ける人の氏名		電 話 番 号	-	-	

下記の質問事項をていねいに読んで黒のボールペンでお書きください(○で囲む、または具体的に記入してください)

本日のインフルエンザワクチンは今シーズン、(○をつけてください) 1回目・2回目

	質 問 事 項	回 答 欄	医師記入欄
1	年齢は19歳以上ですか (違う場合はスタッフへ)	いいえ はい	
2	接種を受ける人のこれまでの既往歴についておたずねします 慢性の病気がありますか () 常時服用している薬がありますか () 健康診断などで異常があるといわれたことがありますか ()	はい いいえ はい いいえ はい いいえ	
3	きょう、体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状 ()	はい いいえ	
4	最近、1か月以内に病気にかかりましたか 病名 () 発熱 (なし ・ あり) 解熱日 (月 日)	はい いいえ	
5	1か月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の人がいましたか 病名 ()	はい いいえ	
6	6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射をうけましたか	はい いいえ	
7	生れてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気にかかり、 医師の診察を受けていますか 病名 () その病気を診てもらっている医師にきょうの予防接種を受けてよいといわれましたか	はい いいえ はい いいえ	
8	ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか それはいつ頃ですか? () そのとき熱が出ましたか	はい いいえ はい いいえ	
9	薬や食品で皮ふに発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか 薬・食品名 ()	はい いいえ	
10	近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	はい いいえ	
11	これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種名 ()	はい いいえ	
12	近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	はい いいえ	
13	(女性の方へ) 現在妊娠していますか? (妊娠 第 週)	はい いいえ	
14	きょうの予防接種について質問がありますか ()	はい いいえ	

LOT	署名欄	予防接種の効果や副反応などについて理解したうえで予防接種を希望します
	本人署名	

間 隔	生 - 生	Covid19	サイン