

ID:

インフルエンザ 予防接種問診票

ふりがな		性別	男 ・ 女
氏名		接種回数	1回目 ・ 2回目
住所	〒	電話番号	()
		体温	度 分
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)	※37.5℃以上の方は接種できません	

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受ける予定の予防接種について、説明文を読み、理解しましたか？	いいえ	はい	
今日受ける予防接種の効果や、副作用について理解しましたか？	いいえ	はい	
今日、身体に具合の悪いところがありますか？ 具体的な症状を記入して下さい()	はい	いいえ	
現在、なにか病気に罹っていますか？ 病名()	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか？ 病名()	はい	いいえ	
その病気を治療している医師に、今日の予防接種を受けて良いと聞いていますか？	いいえ	はい	
過去に、免疫不全と診断されたことはありますか？	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことはありますか？	はい	いいえ	
ニワトリの肉や、卵等にアレルギーはありますか？	はい	いいえ	
卵アレルギー(卵を食べて発疹が出たり、しびれの症状)が出たことはありますか？	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に、予防接種を受けましたか？ 予防接種名() 接種日(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はありますか？	いいえ	はい	
①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	
②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はありますか？	はい	いいえ	
今日の予防接種について、なにかご質問はありますか？	はい	いいえ	

医師記入欄	以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種の可否 (可能 ・ 見合わせる) 本人に対して予防接種の効果、副反応、及び予防接種健康被害救済制度について説明した。	〈医師署名〉
-------	---	--------

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果、副反応について理解した上、 インフルエンザワクチンの接種を希望します。	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	接種施設 / 接種日時
ワクチン Lot.No.,	3才～13才未満(計2回) 0.5ml 右 左	川崎市中原区中丸子13-21 LROCKS2階 小杉内科ファミリークリニック
	13才以上(計1回) 0.5ml 右 左	接種日: