

インフルエンザ予防接種予診票 任意接種用

携帯番号		今シーズン(2021年)	1回目	2回目
------	--	--------------	-----	-----

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

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、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ヶ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か月以内に家族や身近にいる人に麻疹、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
2週間以内に新型コロナウイルスワクチンの接種を受けましたか 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 その際に具合が悪くなったことはありますか 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 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
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
本日のワクチン接種に際し、何か質問はありますか?	はい	いいえ
【医師記入欄】以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は [可能 ・ 見合わせる] 医師サイン 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 AZMEDICAL 小中台クリニック
	0.25ml(3歳未満)	医師名 池田 雄次
	0.5ml(3歳以上)	接種年月日