インフルエンザ予防接種予診票 [13歳以上]

診察前の体温	度　　分

住　　所		電話番号	

フリガナ		性別	男・女	生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日 （満　　歳　　ヵ月）
受ける方の氏名					

質　問　事　項	回答欄		医師記入欄
インフルエンザの予防接種について説明書を読み、予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	はい	いいえ	
予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか。 病名（　　）	はい	いいえ	
治療（投薬など）を受けていますか。	はい	いいえ	
接種者本人または近親者に免疫不全と診断されたことがある方はいますか。	はい	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状を書いてください。　（　　）	はい	いいえ	
気管支喘息、心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。　病名（　　）	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（　　）	はい	いいえ	
現在、周囲に風邪の人はいますか。 誰がかかっていますか。（　　）	いる	いない	
最近１ヶ月以内に、周囲に麻しん、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	
最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類（　　）→接種日（　　月　　日）	はい	いいえ	
これまでに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	
その際に副作用が出たことがありますか（疑いも含む）。	はい	いいえ	
これまでにインフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。　予防接種の種類（　　）	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	
薬や食品で皮膚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。いつ、何で、どんな症状が出たかお書き下さい。 （　　）	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。（　　）歳頃	はい	いいえ	
そのとき熱が出ましたか。	はい	いいえ	
（女性のみ）現在妊娠している、又は妊娠している可能性はありますか。	はい	いいえ	

予防接種の効果と副反応について理解した上でインフルエンザワクチンの接種を（　希望します　・　希望しません　）

※18歳未満の方は保護者名をご署名ください。

西暦　　年　　月　　日　　本人自署

医師の記入欄　　**医師の署名**

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　）

ワクチンメーカー名、ロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
メーカー名・ロット番号	0.5mL	実施場所　**ファミリークリニック希望** 〒038-3301 青森県つがる市富萢町山里1-1　TEL 0173(56)2148 医師名　**小笠原幸裕** 接種年月日