

インフルエンザ予防接種 問診票

太線の枠内の記入をお願いします

受付 () 会計 ()

住所 電話番号	〒 TEL ()	診察券 番号	
フリガナ	性別	生 年 月 日	大・昭・平・令 年 月 日
接種者氏名	男 女	生 年 月 日	歳
保護者氏名 <small>接種者が未成年の場合</small>			
質問事項		回答欄	
現在の年齢で該当する欄に○をつけて下さい 3歳～12歳 ・ 13歳以上 ・ 65歳以上 ※65歳以上の方は公費専用の問診票をご利用下さい		体温	℃
1, 今日受ける予防接種の説明は読んで理解されましたか		いいえ	はい
2, 今年のインフルエンザ予防接種は		2回目(1回目 月 日)	1回目
3, 本日の具合の悪いところがありますか または1ヶ月以内に病気にかかりましたか		ある(具体的に)	ない
4, 1ヶ月以内に家族や周囲で麻疹・風疹・水痘・おたふくかぜなどにかかった方はいますか ※潜伏期間が2-3週間あるため、その場合は効果が出ない場合がありますので接種をお勧めしません			
5, 現在、何かの病気にかかっていますか		はい(病名)	いいえ
6, 熱性けいれんを、8週間以内に起こしましたか ※8週間以内に初回の熱性けいれん発作がある場合、接種をお勧めしません		はい	いいえ
7, 薬・食べ物(卵・鶏肉など)・予防接種で具合が悪くなったことがありますか		ある(薬・食品・注射)	ない
8, (女性の方のみ)現在妊娠していますか		はい	週
9, 4週間以内に何かの予防接種を受けましたか		はい(予防接種名)	いいえ
10, 以前にインフルエンザの予防接種を控える様に言われたことがありますか		はい	いいえ
11, 6ヶ月以内にガンマグロブリンの点滴治療を受けましたか		はい	いいえ
★12歳までのお子さんは2～4週間後に2回目の接種をお勧めします		すべての質問に チェックできましたか	<input type="checkbox"/> はい
医師の診察・説明を受けて、本日の接種を希望されますか		<input type="checkbox"/> 希望します <input type="checkbox"/> 希望しません	本人自署(高校生以下は保護者署名)
スタッフ 確認	インフルエンザHAワクチン <input type="checkbox"/> 0.5ml 皮下注(3歳以上)		本日の接種は 可能と判断
	Lot NO.		医師名 : 赤 羽 伸 一

実施場所

接種年月日