

インフルエンザ予防接種（1回目）問診票

※太線で囲まれた部分を漏れがないようにご記入ください。

接種者氏名	(フリガナ)	男 女	当日の体温 ℃
保護者のサイン (未成年の場合)			接種日の年齢 歳
生年月日	大正・昭和・平成	年 月 日生	
住 所	(〒)		
電話番号	() -		

回答欄

1. 今日の体調に問題はありますか？	はい	いいえ
「はい」の方は2へ 「いいえ」の方は3から問診にお答えください		
2. 今日は接種しない方が良いと思います。体調が万全になってから接種しましょう。		
☆☆ 「いいえ」の方はここからスタート ☆☆		
3. 当院で過去にインフルエンザ予防接種を受けたことがありますか？	はい	いいえ
4. 今シーズンのインフルエンザ予防接種は当院で何回目ですか？	1回目	2回目
5. 1ヶ月以内に予防接種を受けましたか？ 「はい」とお答の方は予防接種名を教えてください。 ()	はい	いいえ
6. 今までにインフルエンザ予防接種で具合が悪くなったことがありますか？ 「はい」とお答の方は症状などを詳しく教えてください。 ()	はい	いいえ
7. 今までにアレルギーを起こしたことがありますか？ ア)たまご イ)とり肉 ウ)その他()	はい	いいえ
8. 以下の疾患にかかったこと、又は今かかっていることはありますか？ ア)心臓病 イ)腎臓病 ウ)肝臓病 エ)血液疾患 オ)気管支喘息	はい	いいえ
9. (12歳以下の方に) ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか？	はい	いいえ
10. (女性の方に) 妊娠していますか？	はい	いいえ

医師の診察・説明を受け予防接種の効果・副作用などについて理解したうえで接種します。

署名

使用ワクチン lotNo.

実施場所 神奈川県平塚市徳延572-1 クリニック齋藤

医師名 院長 齋藤 聖磨

接 種 量 0.25ml 0.5ml

接 種 日 令和 年 月 日