

インフルエンザ予防接種（2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 °C |
| | | | |
| 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. 今日の体調に問題がありますか？ | 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. 今日は接種を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. 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 |
| 4. 当院での1回目の接種は問題なかったですか？ | はい | いいえ |
| 5. 1ヶ月以内にインフルエンザ 以外 の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 |

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 平成 年 月 日