

インフルエンザ予防接種予診票

※65歳以上の方、身障者1級の方はこの予診票が使用できません。受診時別紙にご記入お願いいたします。

※お子さんの場合は、健康状態をよく把握している保護者の方がご記入ください。

住所		〒 -		診察前の体温		度		分	
フリガナ				TEL()		-			
受ける人の氏名				男 ・ 女	生 年 月 日	明 治 大 正 昭 和 平 成	年 月 日生		
(保護者の氏名)							(歳 カ月)		

質問事項	解答欄		医師記入
1) 当院HPの予防接種の説明文を理解しましたか。	いいえ	はい	
2) 今日のインフルエンザ予防接種は今シーズンの1回目ですか。	いいえ(回目)	はい	
3) 今日、体に具合の悪いところがありますか。	ある(具体的に)	ない	
4) 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。	はい(病名) 薬をのんで(いる・いない)	いいえ	
5) 最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか。	はい(病名)	いいえ	
6) 今までに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・免疫不全症等)にかかったことがありますか。	はい(病名)	いいえ	
7) 近親者に先天性免疫不全症と診断された方がいますか。	はい	いいえ	
8) 今までにけいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか。	ある 回くらい 最後は 年 月頃	ない	
9) 薬や食品(特に鶏肉・鶏卵)で皮膚に発疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	ある(薬または食品の名前)	ない	
10) これまで気管支喘息と診断されたことがありますか。	はい 年 月頃 現在治療中である・ない	いいえ	
11) これまでに予防接種を受けて特に具合が悪くなったことがありますか。	ある(予防接種名・症状)	ない	
12) 1ヶ月以内に周囲で麻疹(はしか)、風疹、水痘(水ぼうそう)、おたふく風邪などにかかった方がいますか。	いる(病名)	いない	
13) 1ヶ月以内に他の予防接種を受けましたか。	はい(予防接種名)	いいえ	
14) (ご婦人の方に) 現在妊娠していますか。	はい	いいえ	
15) (中学生以下の場合) 分娩時、出生時、乳幼児検診などで異常がありましたか。	ある(具体的に)	ない	
16) その他、健康のことで医師に伝えておきたいことや質問があれば書いてください。			

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)	

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。(希望します・希望しません)	本人(または保護者)の署名
--	---------------

使用ワクチン	用法・用量	実施場所・医師名・接種日時
	皮下接種 □0.5ml □0.3ml(3歳未満)	実施場所: 医療法人社団 ひろ内科循環器科クリニック 医師名 首藤 寛 接種日時: 平成 年 月 日 時 分