インフルエンザ予防接種予診票

診察前の体温	度　　分

フリカ゛ナ 受診者氏名		男 ・ 女	生年月日	昭和　・　平成 年　　月　　日（　　歳）
住　所	TEL　　－　　－			

質　問　事　項	回答欄		医師記入欄
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	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	は い	いいえ	
今日体に具合が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	
最近1ヶ月以内に、家族や遊び仲間に、インフルエンザ・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 病名 （　　）	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 （　　）	は い	いいえ	
インフルエンザの予防接種を受けた事がありますか	は い	いいえ	
その際に具合が悪くなった事はありますか	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事はありますか 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事がありますか	は い	いいえ	
ひきつけ（けいれん）をおこした事がありますか　　（　　）歳頃	は い	いいえ	
そのとき熱が出ましたか	は い	いいえ	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか	は い	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	は い	いいえ	

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的，重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、接種を希望しますか　⇒　（　接種を希望します　・　接種を希望しません　）

2022 年　　月　　日　本人自署 ：

【医師の記入欄】

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　）

本人に対して、予防接種の効果・副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明をした

医師署名又は記名押印

ワクチンメーカー名・ロット番号	接種量	医師名・接種年月日
メーカー名 Lot No.	0．5 ml	実施医療機関　医療法人社団寿会　千代田診療所 接 種 年 月 日　2022 年　　月　　日

［20220907］