

インフルエンザ予防接種予診票

【一般用】

	診察前の体温	度 分
住 所		
フ リ ガ ナ		
受ける人の氏名	男 ・ 女	生 年 月 日
	昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)	

質 問 事 項	回 答 欄		医 師 記 入 欄
1、今日のインフルエンザの予防接種について当院でお配りした説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
2、今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	はい	いいえ	
3、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もよいといわれましたか	はい	いいえ	
4、免疫不全と診断されたことがありますか。	はい	いいえ	
5、今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。()	はい	いいえ	
6、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	
7、インフルエンザの接種を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
①その際に具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ	
②インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
8、けいれんをおこしたことがありますか。	はい	いいえ	
9、4週間以内に予防接種を受けましたか。 予防接種名()	はい	いいえ	
10、心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。病名()	はい	いいえ	
11、最近1カ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名()	はい	いいえ	
12、女性の方へ 現在妊娠している(週)、あるいは可能性はありますか。	はい	いいえ	
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) 医師のサイン _____		

インフルエンザ予防接種希望書

私は、インフルエンザの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。

令和 年 月 日 被接種者署名 _____

(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)

使用ワクチン名	接 種 量	実 施 場 所 ・ 医 師 名
ワクチン名	(皮下接種)	実施場所 佐渡総合病院
Lot No.	ml	接種年月日 年 月 日

(注)太枠の中及び接種希望書の署名を必ず記入して持参下さい。