令和４年度　インフルエンザ予防接種予診票

＊接種希望の方へ：**太枠内**にﾎﾞｰﾙﾍﾟﾝ等でご記入下さい。　　当日の体温を記入してお持ちください

（鉛筆書き不可）

体温	度　　分

住　　所		TEL（　　）　　－	
ふりがな 氏　　名		男・女	西暦・大正・昭和・平成・令和 年　　月　　日 （満　　歳　　ヶ月）
保護者氏名			

質問事項	回答欄		医師欄
１．今年度、インフルエンザ予防接種は何回目ですか	２回目 （１回目接種　　月　　日）	１回目	
２．今日、普段と違って具合の悪いところがありますか	はい（具体的に）	いいえ	
３．現在、何かの病気で医師にかかっていますか	はい（病名） 薬を飲んで（いる・いない）	いいえ	
４．ここ１ヶ月の間に、何かの病気で医師にかかったことがありますか	はい（病名） 月　　日頃	いいえ	
５．けいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか	はい（　　才頃）	いいえ	
６．薬や食べ物で皮膚に発疹ができたことがありますか	はい（薬、食品名）	いいえ	
７．たまご又は鶏肉を食べて発疹がでたことや、下痢をしたことがありますか	はい　　年　　月頃 今は食べて（いる・いない）	いいえ	
８．４週間以内に右の予防接種を受けたことがありますか。ある場合は接種日をご記入ください（　　月　　日）	ＭＲワクチン・BCG・水痘 おたふくかぜ	いいえ	
９．１週間以内に不活化ワクチン(質問８以外のワクチン)の予防接種を受けたことがありますか	はい（予防接種名）	いいえ	
10．２週間以内に新型コロナワクチンの接種を受けましたか	はい　（　　月　　日）	いいえ	
11．特別な病気（先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液疾患、免疫不全、その他の病気）にかかり医師の診断を受けていますか	はい（病名・主治医コメント）	いいえ	
12．予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
13．その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば、具体的に書いてください			
14．医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応について理解した上で、接種を希望しますか	はい　・いいえ 本人又は保護者のサイン		

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

使用ワクチン名	接種量	実施場所：116-0003 東京都荒川区南千住 3-4-1
Lot. No.：	ｍＬ	**茂澤メディカルクリニック** 医師名： 接種日時：　　時　　分