

インフルエンザ予防接種予診票

該当する箇所に○をつけて下さい

12歳以下の方は原則2回接種となります

<input type="checkbox"/> 1回のみ	来院する直前に自宅で体温測定し記入してください↓	診察前の体温		度	分
<input type="checkbox"/> 1回目					
<input type="checkbox"/> 2回目					
住所					
フリガナ		男	生年	S・H	年 月 日
受ける人の名前		・	月日		(満 歳 ヶ月)
保護者の名前		女			

今日受ける予防接種について説明文を読んで理解しましたか。	はい	いいえ
現在、何かの病気で医師にかかっていますか。	はい	いいえ
その場合、治療(投薬など)を受けていますか。病名()		
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	はい	いいえ
今までに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患・免疫不全・その他の病気)にかかり医師の診察を受けていますか。病名()	はい	いいえ
今日体に具合の悪いところがありますか。	はい	いいえ
具体的な症状を 書いてください。()		
最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。(インフルエンザ2回目の方は1回目の接種日を記入)	はい	いいえ
予防接種の種類(月 日 接種)		
これまでに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
予防接種の種類()		
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ことはありますか。()	はい	いいえ
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。()歳頃	はい	いいえ
その時熱が出ましたか。	はい	いいえ

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)	署名 (本人もしくは19歳未満の方は保護者)
	平成 年 月 日
	署名:

接種者の希望はどちらですか 看護師 ・ 医師 * (看護師をご希望の方は診察はありません)

医師の確認 _____
