

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

- 1回のみ
- 1回目
- 2回目

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

住所							
フリガナ			S		年	月	日
受ける人の名前		男 ・ 女	H	生年 月日			
保護者の名前			R		(満)	歳	ヶ月

今日受ける予防接種について裏面にある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りていますか。	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()	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。()	はい	いいえ
最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。「はい」の場合は下記にご記入ください。	はい	いいえ
予防接種(インフルエンザも含む)の種類() いつ(月 日)	はい	いいえ
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()	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りことがありますか。(何で)	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)	本人署名(ただし18歳未満の方は保護者自署) 令和 年 月 日 署名:
--	---

医師の確認