

インフルエンザワクチン接種予診票

フリガナ		男・女	生年月日	S・H・R	年 月 日生
接種者氏名					満 歳 力月
住 所	(〒 -)	電話	()	診察前の体温	
				度 分	

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
1 コロナワクチンを接種しましたか はいの方	はい	いいえ	
2回目の接種から2週間以上空いてますか？ いいえの方	はい	いいえ	
コロナワクチンの予定はありますか ※2週間以内は接種できません	はい	いいえ	
	1回目 (月 日) 2回目 (月 日)		
	予定日 (月 日)		
2 今日受ける予防接種について説明文を読みましたか	はい	いいえ	
3 今日、体の具合の悪いところがありますか？あれば、その症状をお書きください ()	はい	いいえ	
4 最近、1か月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ	
5 1か月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名 ()	はい	いいえ	
6 1か月以内に家族や友達に麻疹、風疹、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	
7 糖尿病、慢性呼吸器疾患、高血圧、心臓疾患、先天性異常、免疫不全症 その他の病気で医師の診察を受けていますか 診察を受けている場合には病気をお書きください 病名 () その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてもいいといわれましたか	はい	いいえ	
8 ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか () 歳頃 その時に熱はでましたか	はい	いいえ	
9 薬や食品(特に鶏卵、鶏肉、その他の鶏由来のもの)で皮膚に発疹やじんま疹が出たり 体の具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
10 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 予防接種名 ()	はい	いいえ	
11 現在妊娠をしていますか	はい	いいえ	
12 今日の予防接種について質問はありますか	はい	いいえ	

医師記入欄	今日の予防接種は 可能 ・ 見合わせる 医師名 _____
-------	--------------------------------------

本人(保護者)記入欄	今日の予防接種は 可能 ・ 見合わせる 氏名 _____
------------	-------------------------------------

接種場所	医師名	接種日
みつばクリニック 院長 都築 基弘		接種日 年 月 日