

インフルエンザ予防接種予診票

太ワク内にご記入ください

お子様の場合は保護者をご記入ください

診察前の体温 °C

| | | | |
|---------|--------|-------------|----------|
| 住所 | 〒() - | | |
| フリガナ | | 男 ・ 女 | 昭和 平成 令和 |
| 受ける人の氏名 | | | 年 月 日 |
| 保護者の氏名 | | | (歳 カ月) |

| 質問事項 | 回答欄 | |
|--|-----------------------------|-----------|
| 今日、体に具合の悪いところがありますか。 | ある(具体的に) | いいえ |
| 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 | はい(病名) 薬をのんでいますか(いる・いない) | いいえ |
| 最近1カ月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか。 | はい(病名) | いいえ |
| 今までにけいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか その時熱がでましたか。 | ある(歳頃) はい | ない いいえ |
| 今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 | ある(予防接種) (症状:) | ない |
| 薬や食品で皮膚にじんましんが出たり、具合が悪くなったことは ありますか。 | はい(薬品名・食品名) | いいえ |
| 最近1カ月以内に予防接種を受けましたか。 | はい(予防接種名・ | いいえ |
| 今日の予防接種について質問がありますか。 | はい(具体的に) | いいえ |

| | |
|---------|-----|
| 13歳未満の方 | |
| 1回目の接種日 | 月 日 |

| 保護者記入欄 | |
|--|-------|
| 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、副反応の可能性、救済制度について理解した上で接種することに(同意します・同意しません) どちらかを○で囲む | 保護者署名 |

| ワクチン名 | 接種量 | 実施医療機関 | 接種年月日 |
|--------|------|-------------------------------|-------|
| ワクチン名 | 皮下接種 | 横浜市都筑区葛が谷10-8-1階 デンエンクリニック | |
| LotNo. | ml | 045-942-3939 | |