

# インフルエンザワクチン接種予診票

住所									
お名前						診察前の体温	度	分	
生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日生	( 歳)				男・女

質問事項									
現在なにか病気にかかっていますか？					はい	いいえ			
病名 ( )									
現在治療(投薬など)を受けていますか？					はい	いいえ			
その病気の主治医には、今日の予防接種をうけてよいと言われましたか？					はい	いいえ			
いままでにけいれんを起こしたことがありますか？					はい	いいえ			
あるならば何歳のときですか？ ( 歳)									
薬や食品(特に鶏卵、鶏肉)で皮膚に湿疹や蕁麻疹がでたり、 体の具合が悪くなったことはありませんか？					はい	いいえ			
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか？					はい	いいえ			
その際に具合が悪くなったことはありますか？					はい	いいえ			
ある場合 ( )									
4週間以内になにか予防接種を受けましたか？					はい	いいえ			
1ヶ月以内になにか病気にかかりましたか？					はい	いいえ			
今日のワクチンについて心配なことがあれば記入してください。 ( )									

医師記入欄 問診診察の結果、今日の予防接種は									
可能 ・ 見合わせる					医師のサイン				

結果を聞いて今日の予防接種を受けますか									
受ける ・ 見合わせる					保護者のサイン				
(または本人)									

使用ワクチン	接種部位	接種場所・医師・日時
製造番号	左・右 上腕	坂本産婦人科・小児科・内科
		医師 保城 円 / 萱谷 太
	ml	日時 年 月 日