

インフルエンザ予防接種予診票

任意接種用

0.25

0才~2才

0.5

3才~

1

2

お子さんの場合には、健康状態をよく把握している保護者が、太枠内にご記入下さい。

患者様の個人情報、法律に基づき保護され、予防接種目的以外への利用はないことを確認します。

住所	TEL ()		本日の 体温	℃
ふりがな	男	生年	令和・平成・昭和・西暦 年	
受ける人の 氏名	女	月日	月	日生 (歳 ケ月)

◆生年月日はお間違えないようご記入ください◆

※この予診票と一緒に、『別紙説明文』もご参照ください。←当院のホームページにも掲載しています。

質問事項	回答欄	医師記入欄
昨年度までに、インフルエンザ予防接種を合計2回以上受けましたか。	はい / いいえ	
今日のインフルエンザ予防接種は今シーズン何回目ですか。	1回目 / 2回目	
今日受ける予防接種について説明（別紙説明文）を読みましたか。	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（受けた日： 種類：） / いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。	ある（症状：） / ない	
現在、何かの病気で医師にかかっていますか。	はい（病名： 服用中の薬：） / 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）		
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか。	はい（病名：） / いいえ	
今までに、（心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患・免疫不全症・呼吸器系疾患・その他の病気）にかかり医師の診察を受けましたか。	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。	ある（最終は 年 月頃） / ない	
鶏卵または鶏肉を食べて発疹が出たり、下痢をしたことがありますか。	ある（いつ頃： 年 月頃） 1ヶ月以内に（食べた・食べていない） / ない	
今までに薬や食べ物で皮膚に発疹が出たり、具合が悪くなったことがありますか。	はい 薬・食品名： / 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（予防接種名： 症状：） / ない	
《女性の方へ》妊娠中または妊娠の可能性はありますか。	はい（妊娠 週・未確定） / いいえ	
医師に伝えておきたいことがありましたら具体的に ご記入下さい。（健康状態や質問など）		

医師の診察・説明を受け、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
（希望します・希望しません）保護者の署名（成人の場合は本人の署名）【 】

医師の記入欄 問診及び診察の結果、今日の予防接種は（可能・見合わせる） 医師の署名 【 】

使用ワクチン： lot.No. :	0.25 0.5	実施場所：(公社)京都保健会かどの三条こども診療所 接種日： 年 月 日
----------------------	----------	---

※点線より外側を切り離してご利用ください。