インフルエンザ予防接種 問診票

太枠で囲まれた部分を漏れがないようにご記入ください。

ご自宅での検温にご協力をお願いします。

ID(わかる場合)				当日の	体温
接種者氏名	ふりがな		B . +-		
按悝有氐石			男・女	0.0	
保護者のサイン (未成年の場合)				°C	
生年月日	年	月	日	接種日の	の年齢
住所	〒			歳((ヶ月)
電話番号	()	-			
今季のインフルエ	ンザ予防接種は今日は、何回目	ですか?		1回目	2回目
上記の質問に「2回目」とお答えの方へ 1回目の日付はいつですか? 1回目の接種施設は当院でしたか?			月	日	
		設は当院でしたか?	はい	いいえ	
今までにインフルエンザワクチンを接種したことはありますか?					
「はい」とお答えの方 <i>^</i> 接種をして体調が悪くなったことがあれば症状をお書きください。 【 【				はい	いいえ
上記質問に「いいえ」とお答えの方へ 卵アレルギーはありますか?			はい	いいえ	
1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか?					
「はい」とお答えの方 <i>^</i> 病名を教えてください。 【				はい	いいえ
ワクチンの接種に関して医師に何か質問はございますか?					
「はい」とお答えの方 <i>^</i> 質問事項をご記入ください。 【				はい	いいえ
本日の体調に不安はございますか?					
「はい」とお答えの方へ 不安なことをご記入ください。 【				はい	いいえ
※12歳以下の方は下記の質問にお答えください (小児の患者様は母子手帳を必ずお持ちください)					
【12歳以下の方】 心臓病・腎臓病・肝臓病・川崎病・血液疾患にかかったことはありますか? 「はい」とお答えの方へ 病名を教えてください。 【				はい	いいえ
【12歳以下の方】 ひきつけ(けいれん)を起こしたことはありますか?				はい	いいえ
使用ワクチン名 インフルエンザHAワクチン 実施場所					

 Lot.
 〒466-0027愛知県名古屋市昭和区阿由知通1-3-4 てしがわらファミリークリニック

 接種量
 0.5 ml (3歳以上) (6ヶ月~2歳)
 院長 勅使河原志保 電話番号 052-741-0101 接種日 2025年 月 日