

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 °C | | | |
| 接種者氏名 | ふりがな | 男・女 | | | | |
| | | | | | | |
| 保護者のサイン (未成年の場合) | | | | | | |
| 生年月日 | 年 | 月 | 接種日の年齢 | | | |
| 住所 | 〒 | | 歳 ヶ月 | | | |
| 電話番号 | () | - | | | | |
| 2週間以内に新型コロナワクチンを受けましたか？ | | | はい | いいえ | | |
| 2021年10月以降のインフルエンザ予防接種は今回、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？ | 月 | 日 | | |
| | | 1回目の接種施設は当院でしたか？ | 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」とお答えの方へ 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」とお答えの方へ 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」とお答えの方へ 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 愛知県名古屋市中区阿由知通1-3-4
てしがわらファミリークリニック

接種量

右 0.5ml (3歳以上) 左 0.25ml (6ヶ月～2歳)

院長 勅使河原志保

電話番号

052-741-0101

1回目 3,000円

2回目 1,500円

接種日 2021年

月

日

(他院で1回目を接種された方は3000円)