

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	男・女	°C	
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	()	-		
2022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

	右	左
接種量	0.5ml (3歳以上)	0.25ml (6ヶ月～2歳)

院長 勅使河原志保

電話番号 052-741-0101

接種日 2022年 月 日