

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)			接種日の年齢 歳 ヶ月		
生年月日	年	月			日
住所	〒				
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	
2024年9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.

右 左

接種量

0.5ml (3歳以上) 0.25ml (6ヶ月～2歳)

1回目 3,500円

2回目 1,500円

(他院で1回目を接種された方は3,500円)

〒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

勅使河原 志保・敬明

電話番号

052-741-0101

接種日 2024年

月

日