

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
保護者のサイン (未成年の場合)				
生年月日	年 月 日	接種日の年齢 歳(月)		
住所	〒			
電話番号	() -			
2023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？		
		1回目の接種施設は当院でしたか？		
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？		
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

院長 勅使河原志保

電話番号 052-741-0101

接種日 2025年 月 日

	右	左
接種量	0.5ml (3歳以上)	0.25ml (6ヶ月～2歳)