

インフルエンザ予防接種 問診票兼申込書

この問診票は原クリニック専用です。他の医療機関では使用できません。
コピーしてお使いいただいても構いません。

※二重線で囲まれた部分を漏れがないように記入して下さい。

接種者氏名	(フリガナ)	男・女	当日の体温 ℃
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生	接種日の年齢 歳	
住所			
電話番号	() -	同伴保護者の署名 (未成年の場合)	

	回答欄	
・1ヶ月以内に予防接種を受けましたか？ 〔『はい』とお答えの方は予防接種名を記入してください。〕	はい	いいえ
・アレルギーはありますか？ 〔『はい』とお答えの方は何のアレルギーか教えてください。 にわたりの肉や卵・花粉症・その他()〕	はい	いいえ
・インフルエンザワクチン接種は人生で初めてですか？ はい の方は接種後15分クリニックで待機ください。お声掛けします。	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』とお答えの方は病名を教えてください。〕	はい	いいえ
・1ヶ月以内に家族や周囲に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか？ 〔『はい』とお答えの方は病名を教えてください。〕	はい	いいえ
・以前、インフルエンザの予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか？ 〔『はい』とお答えの方は症状を詳しく教えてください。〕	はい	いいえ
・ワクチンの接種に関して医師に何か質問はありますか？ 〔『はい』とお答えの方は質問事項を記入してください。〕	はい	いいえ

※12歳以下の方は下記の質問にもお答えください。

・《12歳以下の方》心臓病・腎臓病・肝臓病・血液疾患にかかったことはありますか？ 〔『はい』とお答えの方は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
・本年度のインフルエンザ予防接種は何回目ですか？	1回目	2回目

使用ワクチン名 インフルエンザHAワクチン
LOT.

実施場所 神奈川県綾瀬市寺尾釜田1-1-8
原クリニック

接種量 0.5ml ・ 0.25ml
(3歳以上) (1歳～2歳)

医師名

電話番号 0467-79-8348

接種日