

***消えるボールペン・鉛筆での記入不可**

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。

接種者氏名	(フリガナ)	男・女	当日の体温 ℃
生年月日	昭和・平成・令和 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 (17歳以下の場合)	

※ ご来院の際はマスクの着用をお願い致します。

	回答欄	
・1週間以内に熱が出たり、咳、のどの痛みなどの風邪症状はありましたか？ 『はい』の方は本日インフルエンザワクチン接種は出来ません。	はい	いいえ
・1か月以内に予防接種を受けましたか？ 子宮頸がんワクチンとの同日接種は出来ません。 〔『はい』とお答えの方はワクチン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ですか？ 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？ (中学生以下で人生初接種の方は月曜から金曜までの16時が最終受付となります。) 『はい』の方は接種後15分クリニックで待機していただきます。	はい	いいえ
・1ヶ月以内に家族や周囲に麻疹、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記入してください。〕	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ご記入ください。〕	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.

接種量 0.5ml ・ 0.25ml
(3歳以上) (1歳～2歳)

実施場所 神奈川県綾瀬市寺尾釜田1-1-8
原クリニック

医師名

電話番号 0467-79-8348

接種日