

インフルエンザ予防接種 問診票

本日の体温：℃

住 所			
氏 名		男 ・ 女	
生年月日	昭和・平成・令和	年	月 日 満（ ）歳

質問事項			医師記入欄
現在、何か病気にかかっていますか。	はい	いいえ	
病名（ ）			
主治医には予防接種を受けても良いといわれましたか。	はい	いいえ	
本日、体の具合が悪い所がありますか。	はい	いいえ	
はいの方は症状を書いて下さい。（ ）			
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
はいの方で、その際に具合が悪くなった事がありますか。	はい	いいえ	
インフルエンザワクチン以外の予防接種で具合が悪くなった事がありますか。	はい	いいえ	
卵に対するアレルギーはありますか。	はい	いいえ	
ひきつけ（けいれん）を起こした事がありますか。	はい	いいえ	
1 か月以内に予防接種を受けましたか。	はい	いいえ	
はいの方は、種類を記入して下さい。（ ）			
1 か月以内に病気にかかりましたか。	はい	いいえ	
はいの方は、病名を記入して下さい。（ ）			
今日の予防接種について質問はありますか。	はい	いいえ	

医師記入欄	以上の問診、診察の結果、本日の予防接種は（ 可能 ・ 見合わせる ） 本人に対して予防接種の効果、副反応などについて説明した。 医師署名または記名押印
-------	--

ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日
Lot No.		実施場所 おおじま内科医院
		医師名 西垣 佑紀
	ml	接種年月日 年 月 日

接種希望書	医師の説明を聞いた上で本日のワクチン接種を希望しますか。（ はい ・ いいえ ） 年 月 日 本人署名欄 _____
-------	---