

令和4年度 インフルエンザ予防接種予診票

* 接種希望の方へ：太枠内にボールペン等でご記入下さい。 当日の体温を記入してお持ちください

(鉛筆書き不可)

	体温		度	分
住所	TEL () -			
ふりがな 氏名	男 ・ 女	西暦・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (満 歳 ヶ月)		
保護者氏名				

質問事項	回答欄		医師欄
1. 今年度、インフルエンザ予防接種は何回目ですか	2回目 (1回目接種 月 日)	1回目	
2. 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか	はい(具体的に)	いいえ	
3. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか	はい(病名) 薬を飲んで(いる・いない)	いいえ	
4. ここ1ヶ月の間に、何かの病気で医師にかかったことがありますか	はい(病名) 月 日頃	いいえ	
5. けいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか	はい(才頃)	いいえ	
6. 薬や食べ物で皮膚に発疹ができたことがありますか	はい(薬、食品名)	いいえ	
7. たまご又は鶏肉を食べて発疹がでたことや、下痢をしたことがありますか	はい 年 月頃 今は食べて(いる・いない)	いいえ	
8. 4週間以内に右の予防接種を受けたことがありますか。 ある場合は接種日をご記入ください(月 日)	MRワクチン・BCG・水痘 おたふくかぜ	いいえ	
9. 1週間以内に不活化ワクチン(質問8以外のワクチン)の 予防接種を受けたことがありますか	はい(予防接種名)	いいえ	
10. 2週間以内に新型コロナワクチンの接種を受けましたか	はい(月 日)	いいえ	
11. 特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液疾患、 免疫不全、その他の病気)にかかり医師の診断を受けて いますか	はい(病名・主治医コメント)	いいえ	
12. 予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
13. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば、具体的に書いてください			
14. 医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応につ いて理解した上で、接種を希望しますか	はい・いいえ 本人又は保護者のサイン		

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる) 医師のサイン

使用ワクチン名	接種量	実施場所： 458 - 0830 名古屋市緑区姥子山1丁目608		
Lot. No. :		広瀬内科クリニック		
	mL	医師名： 院長 広瀬 聡	接種日時： 時 分	