



3才～大人インフルエンザ予診票

☆現在、風邪薬を内服中の患者さまは接種できません。

今回 1回目・2回目

診察前の体温 度 分

ID			TEL	-	-
フリガナ			生 年 月 日		
受ける人の氏名		男・女	年	月	日生
(保護者の氏名)			(才)		

ご注意ください！！：3才未満の方は、当院にある黄色の予診票をご利用ください。

☆お呼びして、不在が30分続く場合には、自動的キャンセルとなります。

※当院は高齢者インフルエンザ予防接種の公費適用機関ではありません。60歳以上の方はご注意ください。

質問事項		回答欄		医師記入欄
1	本日予防接種を希望されている方は、当院出生の方ですか。	当院	他院	
2	今日受ける予防接種について説明文を読んで理解しましたか。(接種前に読んでください)	いいえ	はい	
3	2週間以内に発熱(38℃以上)がありましたか。	はい	いいえ	
4	2週間以内にコロナワクチンを接種していますか。	はい	いいえ	
5	今日、体に具合の悪いところがありますか。	ある (具体的に)	ない	
6	現在、何かの病気で医師にかかり薬を内服していますか。	はい (病名)	いいえ	
7	現在、内服中または処方期間後3日以内ですか。	はい ()	いいえ	
8	最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか。	はい(病名)	いいえ	治癒した日 (/)
9	今までに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患・免疫不全症・その他の病気)にかかり医師の診察を受けていますか。	いる (病名)	いない	
10	今までにいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか。	ある 回くらい 最後は 年 月ごろ	ない	
11	薬や食品(鶏肉、鶏卵など)で皮膚に発疹やじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか。	ある(薬または食品の名前)	ない	
12	これまで気管支喘息と診断され、現在、治療中ですか。	はい 年 月ごろ (現在治療中・治療はしていない)	いいえ	
13	これまで予防接種を受けて特に具合が悪くなったことがありますか	ある(予防接種名・病状:)	ない	
14	1ヶ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。	いる (病名)	いない	
15	(ご婦人の方に)現在妊娠していますか。	はい	いいえ	
16	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。			
医師の診察・説明を受けて接種を受けますか? (はい ・ いいえ)				本人署名(保護者の署名)

医師の記入欄 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) 本人に対して、予防接種の効果、副作用及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について説明した。	医師の署名 林 典子
---	-------------------

使用ワクチン Lot番号	接種量	実施場所・医師名・接種日
	3才～ 0.5ml L R	埼玉県富士見市針ヶ谷530-1 医療法人恵愛会 恵愛こどもクリニック 接種日(R 年 月 日)