

インフルエンザ予防接種予診票

(任意接種用)

※37.5度以上の場合は接種できません

★太枠内にご記入ください

診察前の体温

度 分

住 所	〒		
電 話 番 号			
フリガナ 受ける人の氏名			
生 年 月 日 (満 年 齢)	昭和 平成 令和	年	月 日
保 護 者 の 氏 名 (未 成 年 者 接 種)	(満 歳 ヲ月)		

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
今日、体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いて下さい ()	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか 病名 ()	はい	いいえ	
4週間以内に予防接種を受けましたか 予防接種名 () (月 日) 予防接種名 () (月 日) 予防接種名 () (月 日)	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか そのときに熱がでましたか	はい はい	いいえ いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか 予防接種名・症状 ()	はい	いいえ	
卵や卵の加工品を普段食べていますか	はい	いいえ	
6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリン注射を受けましたか	はい	いいえ	
(ご婦人の方に) 現在妊娠している可能性はありますか	はい	いいえ	
その他、健康状態のことで伝えておきたいことがあれば具体的に書いて下さい			

予診の結果今日の予防接種を受けますか (受ける ・ 見合わせる)	本人の署名 もしくは保護者の署名)
---------------------------------------	----------------------

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名	
ワクチン名	0.5 ml	実施場所	さくら小児科・内科クリニック
Lot No.	0.25 ml	医師名	
		接種日時	年 月 日