インフルエンザ予防接種　予診票

◇太線のわく内を記入してください。

ID（分かる方のみ）				診察前の体温をご記入ください
（フリガナ） 接種希望者氏名				接種日の体温 ℃
生年月日	明治・大正・昭和・平成　　年　　月　　日（　　歳）			
住所	〒			
電話番号	自宅	（　　）　　－	保護者のサイン （未成年の場合）	
	携帯	（　　）　　－		

当てはまるものに○

質問事項	回答欄	
1か月以内に予防接種を受けましたか。	はい	いいえ
予防接種の種類（　　）		
現在、何か病気にかかっていますか。	はい	いいえ
病　名（　　）		
ご自身、あるいは周りの方で、1か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。	はい	いいえ
病　名（　　）		
これまでに、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がありますか。	はい	いいえ
インフルエンザ以外の予防接種の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
ニワトリの肉や卵にアレルギーがありますか。	はい	いいえ
その他のアレルギーがありますか。	はい	いいえ
アレルギー源（　　）		
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	いいえ
病　名（　　）		
ひきつけを起こしたことがありますか。	はい	いいえ
本日の体調に不安はありますか。	はい	いいえ
<<女性の方のみ>>現在、妊娠中である、もしくは妊娠している可能性はありますか。	はい	いいえ
今回の予防接種に関して質問がありますか。	はい	いいえ
質問事項（　　）		

◇よろしければアンケートにご協力ください。

当クリニックで接種いただいた理由を教えてください。
当クリニックへのご意見・ご要望等をお聞かせください。

◇医師記入欄

以上の問診の結果、今日の予防接種は（　可能　、　見合わせる　）。

医師のサイン（　　）

◇クリニック記入欄

ワクチンメーカー名/ロット番号	接種量/部位	実施場所 ・ 医師名 ・ 接種年月日
メーカー名 lot No.	0.5 ・ 0.25 ml 右 ・ 左	実施場所　くすの木クリニック 医師名 接種年月日　平成　　年　　月　　日