インフルエンザ予防接種予診

＊接種希望の方へ：**太枠内**にﾎﾞｰﾙﾍﾟﾝ等でご記入下さい。

体温	度　　分

住　所		TEL（　　）　　－	
ふりがな 氏　名		男・女	昭和　　年　　月　　日生 平成 令和　　（満　　才　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)を起こしたことがありますか	はい（　　才頃）	いいえ	
6．近親者に先天性免疫不全と言われた方はいますか？	はい	いいえ	
7．薬や食品とくに卵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．インフルエンザ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	
9．インフルエンザ以外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（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．（女性の方に）現在、妊娠していますか？	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	
Lot. No.：	ml	実施場所：　江南市古知野町瑞穂 34 三ツロ医院 医師名：　三ツロ　文寛 接種日：　　年　　月　　日