

※接種後は必ず15分以上、院内にて様子を見てから受付に、おこし下さい。

インフルエンザ予防接種問診票(1回目・2回目)

領収書が必要な方は、() 内に 会社名又は、個人名を記入して下さい。 () ※会社名・個人名のない方には、レシートを発行します。	該当に○をつけて下さい ・ 3歳未満 ・ 3歳以上13歳未満 ・ 13歳以上
・ 現在、妊娠されていますか？ (はい ・ いいえ)	

フリガナ	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日 (歳)
氏名	TEL		
保護者氏名			
住所	体温	度 分	

質 問 事 項	回 答 欄	
① 今日、体調の悪いところがありますか？ 症状 ()	はい	いいえ
② 現在何かの病気で医師にかかっていますか？ 病名 ()	はい	いいえ
・その場合、治療(投薬など)を受けていますか？	はい	いいえ
・その病気の主治医には、今日の予防接種を受けても良いと言われましたか？	はい	いいえ
③ 最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか？ 病名 ()	はい	いいえ
④ 今までに特別な病気(心臓血管系・腎臓・肝臓・血液疾患・発育障害・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？ ()	はい	いいえ
・その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けて良いと言われましたか？	はい	いいえ
⑤ 親族者に先天性免疫不全と診断された方はいますか？	はい	いいえ
⑥ ひきつけ(けいれん)をおこした事がありますか？ (年 月 歳頃)	はい	いいえ
・その時に熱がでましたか？	はい	いいえ
⑦ 薬や食品で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなった事がありますか？	はい	いいえ
⑧ これまでに予防接種を受けて具合が悪くなった事 がありますか？ 症状 ()	はい	いいえ
⑨ 1ヵ月以内に予防接種を受けましたか？ ワクチン名()	はい	いいえ
⑩ 1ヵ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、 おたふくかぜなどの病気の方がいましたか？ 病名 ()	はい	いいえ

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) 医師の署名又は記名押印
 保護者(もしくは本人)に対して、予防接種の効果、副反応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。

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、医薬品医療機器総合機構法に基づく
 救済などについて理解した上で、接種を希望しますか？ (希望します ・ 希望しません)

※ 記入時にサインして下さい。⇒保護者(もしくは本人)の署名

使用ワクチン名	用 法	容 量	実施場所・医師名・接種日時
インフルエンザワクチン	0, 25ml	0.5ml	三島市泉町1-43 医療法人社団 診誠会 窪田医院 窪田和興
メーカー名	右	左	年 月 日 午前・午後
Lot. No.			