

インフルエンザワクチン接種予診票

(成人用)

| | | | | | |
|--|-----|--------|-----|-----|-------|
| フリガナ | | 生年月日 | 年 | 月 | 日生 |
| 氏名 | | | 満 | 歳 | |
| 性別 | 男・女 | 診察前の体温 | | 度 | 分 |
| 質問事項 | | | 回答欄 | | 医師記入欄 |
| 本日受ける予防接種についての説明文を読みましたか | | | はい | いいえ | |
| 糖尿病, 慢性呼吸器疾患, 高血圧, 心臓疾患, その他の病気で医師の診察を受けていますか | | | はい | いいえ | |
| 診察を受けている場合には病名をお書きください 病名 () | | | | | |
| 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もいいといわれましたか | | | はい | いいえ | |
| 本日, 体の具合の悪いところがありますか あれば, その症状をお書きください () | | | はい | いいえ | |
| 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ことがありますか | | | はい | 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 () | | | はい | いいえ | |
| 家族に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか | | | はい | いいえ | |
| 女性の方に現在 妊娠の可能性はありますか | | | はい | いいえ | |
| 本日の予防接種について質問がありますか | | | はい | いいえ | |

本日の予防接種を受けることに同意しますか? (はい・いいえ)

本人または代筆者署名 () 続柄 ()

医師記入欄 以上の問診および診察の結果, 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 | 用法・用量 | 接種部位 | 接種場所・医師名・接種日時 |
|-------------------------------------|----------------|-------------|---|
| 名称: インフルエンザワクチン メーカー名: ロット番号: | 皮下接種 ml | 右 ・ 左 | 医療機関名: 医療法人鉄蕉会 亀田京橋クリニック 実施者サイン(実施者が上記医師の場合は不要) 接種日時: 年 月 日() 時 分 |