

インフルエンザ予防接種問診表

年 月 日

ふりがな	
氏名	
生年月日	T S H 年 月 日 ____ 才
本日の体温	_____℃

質 問 事 項	回 答	
現在、何か病気にかかっていますか？ 病名()	はい	いいえ
それについてなにか治療を受けていますか？	はい	いいえ
その主治医に今日の予防接種を受けていいといわれましたか？	はい	いいえ
今日、どこか体の具合の悪いところがありますか？ どのような症状ですか ()	はい	いいえ
ニワトリの肉、卵（鶏卵）にアレルギーがありますか？	はい	いいえ
インフルエンザの予防接種を受けた事がありますか？	はい	いいえ
受けた事がある方はいつ受けましたか？ <input type="checkbox"/> 昨年 <input type="checkbox"/> 一昨年 <input type="checkbox"/> それ以上前		
その際に具合が悪くなったことはありますか？	はい	いいえ
インフルエンザ以外の予防接種で具合が悪くなったことはありますか？	はい	いいえ
いままでけいれんを起こしたことはありますか？	はい	いいえ
4週間以内に予防接種を受けましたか？	はい	いいえ
予防接種名 ()		
心臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか？	はい	いいえ
病名 ()		
最近 1 ヶ月以内に熱が出たり、病気をしたりしましたか？	はい	いいえ
現在妊娠中、もしくは妊娠の可能性はありますか？	はい	いいえ
アレルギー体質といわれたことがありますか？	はい	いいえ
薬や食べ物でじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことはありますか？	はい	いいえ
(医師記入欄)		
以上の問診、診察の結果より今回の予防接種は(可能 ・ 見合わせる)		
ワクチン Lot No.	用量	接種日時
	cc	年 月 日

私は医師の診察を受け、インフルエンザ予防接種の効果、副反応についての説明も受けました。それらについて理解したうえで接種を希望します。

氏名 _____