

## 令和 6 年度 インフルエンザ予防接種予診票

\* 接種希望の方へ：太枠内にボールペン等でご記入下さい。 当日の体温を記入してお持ちください

(鉛筆書き不可)

	体温		度	分
住 所	TEL (            )            -			
ふりがな 氏 名	男 ・ 女	昭和 平成	年	月 日
保護者氏名	(満 歳 ヶ月)			

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)をおこしたことがありますか	はい( 才頃)	いいえ
6. 薬や食べ物で皮膚に発疹ができたことがありますか	はい(薬、食品名)	いいえ
7. たまご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. 4週間以内に右の予防接種を受けたことがありますか。 ある場合は接種日をご記入ください( 月 日)	MRワクチン・BCG・水痘 おたふくかぜ	いいえ
9. 1週間以内に不活化ワクチン(質問8以外のワクチン)の 予防接種を受け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. 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
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	実施場所： 591 - 8006 堺市北区宮本町2村上ビル1F
Lot. No. :		<b>まつだ消化器糖尿病クリニック</b>
	mL	医師名： 院長 松田 史博
		接種日時： 時 分