

令和 7 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		男 ・ 女	昭和	年	月	日	
氏 名			平成				
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. :		まつだ消化器糖尿病クリニック	
	m L	医師名： 院長 松田 史博	
		接種日時： 時 分	