インフルエンザ予防接種　予診票

診察前の体温	度　　分

住　　所			
診察券番号		フリガナ 氏　　名	（　男・女　）
生　年　月　日	西暦　　年　　月　　日生　（満　　歳）		

質　問　事　項	回答欄		医師記入欄
今日のインフルエンザの予防接種について配られている説明書を読みましたか。	はい	いいえ	
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	はい	いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか。 病名（　　）	いいえ	はい	
治療（投薬など）を受けていますか。	いいえ	はい	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	はい	いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか。	いいえ	はい	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。　（　　）	いいえ	はい	
ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか。	いいえ	はい	
アルコール消毒でかゆみやかぶれがでたことはありますか。	いいえ	はい	
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。	はい	いいえ	
①その際に具合が悪くなったことはありますか	いいえ	はい	
②インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。	いいえ	はい	
ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。	いいえ	はい	
１カ月以内に予防接種を受けましたか。予防接種の種類（　　）	いいえ	はい	
最近１ヶ月以内に近親者や周囲に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。	いいえ	はい	
心臓病、腎臓病、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。 病名（　　）	いいえ	はい	
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よいと言われましたか。	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名（　　）	いいえ	はい	
今日の予防接種について質問がありますか。	いいえ	はい	

予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか?	署　名
（　□　はい　　・　□　見合わせます　）	（本人自筆）

医師の記入欄　　医師の署名 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　　）

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種日時
Lot No.	（皮下接種） 0.5mL	実施場所　ベリエの丘クリニック　医師名　金　栄淳 接種日時　　年　　月　　日　　時　　分