

インフルエンザ予防接種予診票

カルテNo. _____

		令和 年 月 日	
		診察前体温 度 分	
住 所	〒 — — — — —	電話 — — — — — —	
ふりがな		生年 月日	大・昭・平・令 年 月 日生 (歳)
氏 名	男女		

1. 今日受けられる予防接種について注意事項を読んで理解しましたか	はい	いいえ
2. 副反応や効果について同意のうえで希望しますか	はい	いいえ
3. 1週間以内に発熱・倦怠感・鼻汁・のどの痛みなどありましたか	いいえ	はい
4. インフルエンザの予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか	いいえ	はい
5. 卵のアレルギーはありますか	いいえ	はい
6. 今シーズンのインフルエンザ予防接種は何回目ですか	1回目 ・ 2回目	
7. 質問6で、「2回目」と答えた方のみ		
1 3歳未満で、2週間以上空いていますか	はい	いいえ
1 3歳以上で、1週間以上空いていますか	はい	いいえ
8. 【女性のみ】 現在、妊娠またはその可能性がありますか	いいえ	はい
9. 質問8で「はい」の方 産科医に接種していいと言われましたか	はい	いいえ

インフルエンザ予防接種を 【 希望します ・ 希望しません 】	
令和 年 月 日	署 名 _____ (中学生相当年齢以下は保護者署名)

使用ワクチン名	接種量 および LOT番号	医療法人社団珠功会 横 関 医 院 医師 横 関 一 雄 接種日 令和 年 月 日
	mL Lot No	