

令和年 月 日インフルエンザ予防接種問診表

氏名(ひらがなで名前の記入をお願いします。)

*母子手帳を必ず持参して下さい。

*接種当日、家を出られる前に必ず体温測定してきて下さい。37℃以上は接種不可となります。
(体温測定せず来られた方は、受付までに時間を要する為、予約時間通りに接種出来ない場合があります。)

*予約の変更またはキャンセルはインターネットのみとなります。
窓口、電話での対応は一切行っておりませんので予めご了承ください。

			診察前体温		度	分
住 所				TEL ()		
氏 名		男・女	保 護 者 氏 名			
生年月日	年 月 日生(歳 か月)			年齢区分: ①1歳未満 ②その他の者		
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は何回目ですか				1回目	2回目	
今日のインフルエンザの予防接種について説明書は読みましたか?				は い	いいえ	
あなたのお子さんの発育歴についておたずねします。 出生体重(g) 分娩時に異常がありましたか。 出生後に異常がありましたか。 乳幼児健診で異常があるとされたことがありますか。				あ っ た あ っ た あ る	な かつ た な かつ た な い	
生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症 その他の病気にかかり医師の治療(投薬など)を受けていますか。 病名()				は い	いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。				は い	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。 具体的な症状を書いて下さい。()				は い	いいえ	
最近1ヶ月以内に家族や遊び仲間にインフルエンザ、麻疹、風しん、水痘、 おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。 病名()				は い	いいえ	
最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類()				は い	いいえ	
2週間以内に新型コロナワクチンを接種しましたか。				は い	いいえ	
また、今後2週間以内に新型コロナワクチンの接種予定がありますか。				は い	いいえ	
新型インフルエンザ又は季節性インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。 その際に具合が悪くなったことはありますか。				は い は い	いいえ いいえ	
これまでにインフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなった事がありますか。 予防接種の種類()				は い	いいえ	
ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか				は い	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなった事がありますか。				は い	いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか。()歳				は い	いいえ	
そのとき熱がでましたか				は い	いいえ	
近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方はいますか。				は い	いいえ	
近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか。				は い	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。				は い	いいえ	

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)

医師記入欄 保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明した。

医師の署名又は記名押印

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、
接種に同意しますか。(接種を同意します ・ 接種を同意しません)

令和 年 月 日 保護者自署

ワクチンロット番号 接種量 実施場所 摂津ひかり病院

メーカー名 接種量 実施場所 医師名

Lot No ml 接種年月日 令和 年 月 日

----- 切 り 取 り -----

インフルエンザ予防接種済証

予防接種を行った年月日	令和 年 月 日	実施場所	摂津ひかり病院
ワクチンロット番号	LOT NO	医師名	
ワクチンメーカー名			