

3歳以上 インフルエンザワクチン予診票

接種希望の方へ：太枠内にご記入ください。

1・2 回目

診察前の体温

℃

2回目の場合は1回目の接種から2週間以上経過していることを確認してください。

(フリガナ) 受ける人の氏名				年齢		
生年月日	H・R	年	月	日生まれ 男・女	歳	か月
住所	TEL					

質問事項	回答欄	
1 今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい	左の項目にあてはまるものはない ↓ <input type="checkbox"/>
2 現在、病気で治療中ですか。 ・主治医の接種許可はありますか。	はい (はい)	
3 最近、1か月以内に病気にかかりましたか。	はい	
4 最近、1週間以内に発熱がありましたか。	はい	
5 これまでにけいれんを起こしたことがありますか。 ・最後のけいれんから2か月以上経過していますか。	はい (はい)	
6 鶏卵のアレルギーはありますか。 ・現在、鶏卵の完全除去をしていますか。	はい (はい)	
7 予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか。 ・それは、インフルエンザワクチンですか。	はい (はい)	
8 その他、質問はありますか。	はい	

予防接種の効果や目的、副反応の可能性について理解したうえで、接種を希望しますか。 (接種を希望します・接種を希望しません)	本人の署名(もしくは保護者の署名)
--	-------------------

問診及び診察の結果、今日の予防接種は
(可能です・見合わせます)

医師名

松永成太

使用ワクチン	容量	実施場所	接種年月日
インフルエンザHAワクチン	0.5ml	松永小児科	