

インフルエンザワクチン予防接種 予診票

メディカルスクエア 奏の杜クリニック

ふりがな 被接種者氏名		男・女	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
住所 ※変更ない場合は省略可	〒		連絡先	

診察前の体温 度 分

質問事項	解答欄		医師記入欄
インフルエンザワクチンについて書かれている説明書を読みましたか	はい	いいえ	
最近1カ月の間に次の症状や何かの病気にかかりましたか (37度以上の発熱・喉の痛み・咳・下痢・嘔吐・味覚嗅覚の異常・倦怠感・息苦しさ など)	はい 具体的に ()	いいえ	
現在、何らかの病気で医師にかかっていますか	はい 病名 ()	いいえ	
最近1カ月以内に家族や周囲に麻疹、風疹、おたふく風邪等にかかった人がいますか	はい 病名 ()	いいえ	
最近1カ月以内に予防接種を受けましたか	はい 予防接種名 ()	いいえ	
これまでに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 具体的に ()	いいえ	
今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、脳神経、免疫不全症など)にかかり、医師の診察を受けていますか	はい 具体的に ()	いいえ	
今までにけいれんを起こしたことがありますか	はい いつ頃 ()	いいえ	
6カ月以内に輸血またはガンマグロブリンの投与を受けたことがありますか	はい	いいえ	
薬や食品(特に卵)で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たことがありますか	はい 薬・食品名 ()	いいえ	
[女性の方へ] 現在妊娠中または妊娠の可能性がいますか	はい	いいえ	
家族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	
家族で先天性免疫不全と言われた方はいますか	はい	いいえ	
1カ月以内に新型コロナウイルスの患者(疑いを含む)との接触歴や渡航歴はありますか	はい	いいえ	
同居家族がPCR検査予定、又は結果待ちである	はい	いいえ	
ワクチンの注意事項や副作用に関して十分に納得されたうえで今回の予防接種を受けますか	はい 本人署名 _____	いいえ	
ワクチン Lot No	■ 医師のサイン		

接種年月日 令和 年 月 日