実施日

1回目 ・ 2回目(1回目は 当院 / 他院)

※6ヶ月以上13歳未満は2回
（13歳以上は1回）

インフルエンザワクチン予防接種予診票

友の会	会員 ・ 非会員

※会員の方は
会員証を提示して下さい

		診察前の体温	度　　分
フリガナ 受ける人の氏名	（男・女）	保護者の氏名	
受ける人の生年月日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日生　（満　　歳　　ヶ月）		
住　　所	電話　　－　　－		

質 問 事 項 （「※はい」に〇をつけた場合、詳しい状況をご記入下さい）	回 答 欄		医師確認
本日、お受けになるインフルエンザの予防接種についての説明文（裏面）を読み、 効果や副反応などについて理解しましたか	いいえ	は い	
本日、受けるインフルエンザ予防接種は、今シーズン１回目ですか 前回接種 （　　月　　日）	※はい	いいえ	
本日、体に具合の悪いところはありますか 症状 （　　）	※はい	いいえ	
最近１ヶ月以内に体調を崩したり病気にかかりましたか 病名または症状 （　　月　　日治癒）	※はい	いいえ	
今までに特別な病気（先天性異常、心臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気）に かかり医師の診察を受けたことがありますか　病名（　　） その医師よりインフルエンザワクチン接種の許可をもらっていますか　（ はい ・ いいえ ）	※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　　ヶ月頃） そのとき熱はでましたか　（ はい ・ いいえ）	※はい	いいえ	
薬や食品（特に鶏卵、鶏肉その他鶏由来のもの）で『じんましん』など 具合の悪くなったことがありましたか その薬品や食品がわかっていればお書きください（　　）	※はい	いいえ	
これまでに受けた予防接種で特に具合が悪くなったことがありますか 予防接種名（　　）　症状（　　）	※はい	いいえ	
1ヶ月以内に家族や遊び仲間に麻しん、水痘、おたふくかぜなどの方がいましたか 病名 （　月　日：　　）	※はい	いいえ	
2週間以内に予防接種を受けましたか 接種日（　　月　　日）予防接種名（　　）	※はい	いいえ	
インフルエンザワクチンで何か具合が悪くなったことがありますか 症状 （　　）	※はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか 質問（　　）	※はい	いいえ	

※医師記入欄 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 ）	医師のサイン
予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか （ はい ・ 見合わせます ）	保護者のサイン

※医師記入欄

使用ワクチン名 ロットNo. 有効期限:　年　月　日	接種量 6ヶ月～3歳未満 0．25ml 右 ・ 左	接種量 3歳以上 0．5ml 右 ・ 左

医療機関名 及 び 接種医師名	千葉県勤労者医療協会 船橋二和病院付属 ふたわ診療所