

インフルエンザ予診票（成人用）

		診察前の体温	度	分
ご住所			電話番号	
ふりがな お名前	様	男・女	生年月日	昭・平 年 月 日

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日、体の具合が悪いところがありますか？ 症状（ ）	はい	いいえ	
最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか？ 病名（ ）	はい	いいえ	
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか？ 予防接種名（ ）	はい	いいえ	
現在、特別な病気で医師に診察を受けていますか？ 病名（ ）	はい	いいえ	
その病気を診てもらっている医師に、今日の接種を受けてよいと言われましたか？	はい	いいえ	
ひきつけ（けいれん）をおこした事がありますか？	はい	いいえ	
薬や食品（特にたまご・鶏肉）で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	
以前に予防接種を受けて具合が悪くなった事がありますか？	はい	いいえ	
6ヶ月以内に輸血、又はガンマグロブリンの接種を受けましたか？	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問はありますか？	はい	いいえ	
医師の記入欄： 問診及び診察の結果、今日の予防接種は（可能・見合わせる）			医師サイン：

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応等について理解した上で、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)	ご本人のサイン：
---	----------

使用インフルエンザワクチン	接種量	接種年月日	実施場所・医師名
ロット番号：	0.5ml		揚石医院内科小児科循環器科 揚石義夫