# インフルエンザ予防接種　　問診票 兼 申込書

| | |
|---|---|
| ID（わかる場合） | |

＊太枠で囲まれた部分の記載をお願いします。

| | |
|---|---|
| 接種者氏名 | (フリガナ)<br>男 ・ 女 |
| 保護者のサイン<br>（15歳まで） | |
| 生年月日 | 昭和・平成・令和　　年　　月　　日生 |
| 住所 | 〒　　- |
| 電話番号 | (　　)　　- |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 1 | 接種日の年齢 | 歳 | |
| 2 | 本日の体温 | ℃ | |
| 3 | 今年度インフルエンザの予防接種を受けるのは何回目ですか？ | 1回目・2回目 | |
| 4 | 1ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか？<br>「はい」とお答えの方は症状などを詳しく教えてください。<br>[　　] | はい | いいえ |
| 5 | 以前、インフルエンザの予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか？「はい」とお答えの方は症状などを詳しく教えてください。<br>[　　] | はい | いいえ |
| 6 | アレルギーがありますか？<br>「はい」とお答えの方は何のアレルギーかを教えてください。<br>にわとりの肉や卵　・　花粉症　・　その他（　　） | はい | いいえ |
| 7 | ワクチンの接種に関して医師に何か質問がございますか？<br>「はい」とお答えの方は質問事項を記入してください。<br>[　　] | はい | いいえ |
| 8 | 本日の体調に不安はありますか？ | はい | いいえ |
| 9 | 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患にかかったことがありますか？<br>「はい」とお答えの方は病名を記入して下さい。<br>[　　] | はい | いいえ |
| 10 | ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか？ | はい | いいえ |

使用ワクチン　Lot.＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿.

実施場所　横浜市都筑区中川1-20-18-204
横浜つづきクリニック
電話番号　045-913-5062

接種量：　0.5ml　・　0.25ml

（3歳以上）（3歳未満）

| カルテ入力 |
|---|
| |

| 医師確認 | 接種者 | 会計担当 |
|---|---|---|
| | | |

防(4,500)　　企(　　)　　解熱(300)