インフルエンザワクチン接種予診票　（自費用）

診察券番号

※医師が予防接種を受けても良いかどうかの参考にしますので、責任を持って太枠内に丸印、または文字を記入してください

被接種者氏名		男・女	生年月日	年　月　日(　　歳)	
住所				診察前体温	度　　分
電話番号					

質問事項	回答欄		医師欄
現在、何か病気にかかっていますか 病名	はい	いいえ	
・治療（投薬など）を受けていますか	はい	いいえ	
・主治医に今日の予防接種を受けても良いと言われましたか	はい	いいえ	
今日、体に具合の悪いことがありますか ・その症状を書いてください（　　）	はい	いいえ	
1ヶ月以内に熱が出たり病気にかかったりしましたか ・その症状（病名）を書いてください（　　）	はい	いいえ	
ひきつけ（けいれん）を起こしたことはありますか	はい	いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか			
薬や食品（特に卵・鶏肉・ゼラチン等）でじんましんや発疹が出たり、体の具合が悪くなった等のアレルギー症状を起こしたことがありますか 薬・食品名を書いてください（　　）	はい	いいえ	
インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか	はい	いいえ	
・その際、具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
・他の予防接種で具合が悪くなったことがありますか	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がいますか	はい	いいえ	
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか ・接種日　　・予防接種の種類	はい	いいえ	
【女性の方へ】現在、妊娠していますか	はい	いいえ	
・主治医に予防接種を受けても良いと言われましたか	はい	いいえ	
今日受ける予防接種について質問がありますか ・その内容を書いてください	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　）　医師署名又は記名押印

予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか
（　受ける　・　受けない　）　本人署名
（代筆者名）　　続柄(　　)

使用ワクチン	用法・用量	医療機関名　みよし市民病院 医師名 接種日
シール貼付	皮下接種　0.5ml	

切り取り

インフルエンザ予防接種記録

Lot No ロットシール貼付	医療機関名　みよし市民病院
接種量 0.5ml　皮下注射	接種日