

インフルエンザ予防接種予診票

(一般 ¥4000円税込み)(3歳未満 ¥3500円(税込み))

任意接種用

* 接種希望の方へ: 太枠内にご記入ください

* お子さんの場合には、健康状態をよく把握している保護者をご記入ください

診察前の体温 度 分

TEL	() -	住所			
フリガナ					
受ける人の氏名		男	生年	大正・昭和	年 月 日生
(保護者の名前)		女	月 日	平成・令和	(満 歳 ヶ月)

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今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。	今シーズン1回目	2回目	
2. 今日受ける予防接種について説明文を読みましたか。	はい	いいえ	
3. 今日、ふだんと違って具合の悪いところがありますか。	ある(具体的に)	ない	
4. 最近1カ月以内に、何かの病気にかかっていますか。	いる(病名) 薬を飲んでいきますか(いる・いない)	いない	
5. 1ヶ月以内に家族や遊び仲間に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。	ある(病名) 年 月ごろ	ない	
6. 今までけいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか。	ある 最後は 回ぐらい 年 月ごろ	ない	
7. 免疫不全と診断されたことがありますか。	ある	ない	
8. 今までに薬や食べ物で皮ふに発しんができたことがありますか。	ある(薬または食品の名前)	ない	
9. たまご又は鶏肉を食べて発しんができたり、下痢をしたことがありますか。	ある 年 月ごろ 今は食べて(いる・いない)	ない	
10. 4週間以内に右の予防接種を受けたことがありますか。	麻しん・風しん・おたふくかぜ・ 水痘・BCG・ポリオ・黄熱	ない	
11. 一週間以内に不活化ワクチン(質問10以外のワクチン)の予防接種を受けたことがありますか。	ある(予防接種名) 年 月ごろ	ない	
12. 生まれてから今までに特別な病気(先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・血液疾患、免疫不全症、その他の病気)にかかり医師に診断を受けていますか。	いる(病名・主治医コメント)	いない	
13. これまでに気管支喘息と診断されたことがありますか。現在、治療中ですか。	ある 年 月ごろ (現在治療中・治療していない)	ない	
14. 今までに予防接種を受けて特に具合が悪くなったことがありますか。	ある(予防接種名・症状: 年 月ごろ)	ない	
15. (ご婦人の方に)現在妊娠しておられますか。	はい(現在 週)	いいえ	
16. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば、具体的に書いて下さい。			

医師の記入欄

医師のサイン

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)

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)

小児: 保護者のサイン

成人: 本人もしくは代理人のサイン

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名
インフルエンザHAワクチン		実施場所  神奈川県横浜市都筑区葛が谷4-14 葛が谷つばさクリニック
Lot. No. :		医師名 院長 長田 展明
カルテNo.	mL	接種日時 令和 年 月 日 時 分

インフルエンザ予防接種予診票

(保存剤なし ¥5000円税込み)

任意接種用

* 接種希望の方へ: 太枠内にご記入ください

* お子さんの場合には、健康状態をよく把握している保護者をご記入ください

診察前の体温 度 分

TEL	() -	住所			
フリガナ					
受ける人の氏名		男	生 年	大正・昭和	年 月 日生
(保護者の名前)		女	月 日	平成・令和	(満 歳 ヶ月)

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
1. 今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。	今シーズン1回目	2回目	
2. 今日受ける予防接種について説明文を読みましたか。	はい	いいえ	
3. 今日、ふだんと違って具合の悪いところがありますか。	ある(具体的に)	ない	
4. 最近1カ月以内に、何かの病気にかかっていますか。	いる(病名) 薬を飲んでいますか(いる・いない)	いない	
5. 1ヶ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか。	ある(病名) 年 月ごろ	ない	
6. 今までにけいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか。	ある 最後は 回ぐらい 年 月ごろ	ない	
7. 免疫不全と診断されたことがありますか。	ある	ない	
8. 今までに薬や食べ物で皮ふに発しんができたことがありますか。	ある(薬または食品の名前)	ない	
9. たまご又は鶏肉を食べて発しんができたり、下痢をしたことがありますか。	ある 年 月ごろ 今は食べて(いる・いない)	ない	
10. 4週間以内に右の予防接種を受けたことがありますか。	麻疹・風しん・おたふくかぜ・ 水痘・BCG・ポリオ・黄熱	ない	
11. 一週間以内に不活化ワクチン(質問10以外のワクチン)の予防接種を受けたことがありますか。	ある(予防接種名) 年 月ごろ	ない	
12. 生まれてから今までに特別な病気(先天性異常、心臓・腎臓・肝臓・血液疾患、免疫不全症、その他の病気)にかかり医師に診断を受けていますか。	いる(病名・主治医コメント)	いない	
13. これまでに気管支喘息と診断されたことがありますか。現在、治療中ですか。	ある 年 月ごろ (現在治療中・治療していない)	ない	
14. 今までに予防接種を受けて特に具合が悪くなったことがありますか。	ある(予防接種名・症状: 年 月ごろ)	ない	
15. (ご婦人の方に)現在妊娠しておられますか。	はい(現在 週)	いいえ	
16. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば、具体的に書いて下さい。			

医師の記入欄

医師のサイン

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)

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)

小児：保護者のサイン
成人：本人もしくは代理人のサイン

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名		
インフルエンザHAワクチン		実施場所	神奈川県横浜市都筑区葛が谷4-14	
Lot. No. :			葛が谷つばさクリニック	
カルテNo.	mL	医師名	院長 長田 展明	
		接種日時	令和 年 月 日 時 分	