

インフルエンザワクチン接種予診票

住所									
お名前						診察前の体温	度	分	
生年月日	昭和・平成	年	月	日生	(歳)				男・女

質問事項									
現在になにか病気にかかっていますか？					はい	いいえ			
病名 ()									
現在治療(投薬など)を受けていますか？					はい	いいえ			
その病気の主治医には、今日の予防接種をうけてよいと言われましたか？					はい	いいえ			
いままでにけいれんを起こしたことがありますか？					はい	いいえ			
あるならば何歳のときですか？ (歳)									
薬や食品(特に鶏卵、鶏肉)で皮膚に湿疹や蕁麻疹がでたり、 体の具合が悪くなったことはありませんか？					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			
その際に具合が悪くなったことはありますか？					はい	いいえ			
ある場合 ()									
4週間以内になにか予防接種を受けましたか？					はい	いいえ			
1ヶ月以内になにか病気にかかりましたか？					はい	いいえ			
今日のワクチンについて心配なことがあれば記入してください。 ()									

医師記入欄 問診診察の結果、今日の予防接種は									
可能 ・ 見合わせる					医師のサイン				

結果を聞いて今日の予防接種を受けますか									
受ける ・ 見合わせる					保護者のサイン (または本人)				

使用ワクチン	容量	接種場所・医師・日時
製造番号	左・右	オリオノクリニック小児科・内科
	ml	医師 黒飛 俊二
		日時 年 月 日