インフルエンザ予防接種 予診票 65歳未満の方用

氏名・体温などをご記入のうえ、質問には「はい」「いいえ」のどちらかの□に✓をつけてください。

氏　名		受診前体温	．　℃
生年月日	年　月　日生　（満　歳）　男・女		

No.	質　問　事　項	はい	いいえ
1	本日、体に具合の悪いところはありますか	□	□
	具体的な症状：		
2	現在、何か病気にかかっていますか	□	□
	病名：		
3	最近1か月以内に病気にかかりましたか	□	□
	病名：		
4	ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか	□	□
5	インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか	□	□
	→ その際に、具合が悪くなったことはありますか	□	□
6	ひきつけ、けいれんをおこしたことがありますか	□	□
7	最近1か月以内に他の予防接種を受けましたか	□	□
	予防接種の種類：		
	→ その際に、具合が悪くなったことはありますか	□	□
8	近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった方がいますか	□	□
9	薬や食品で、発疹が出たことや、具合が悪くなったことがありますか	□	□
10	今日の予防接種について何か質問はありますか	□	□

医師記入欄

本日の予防接種は　□実施できる　□見合わせる　医師署名 ＿＿＿＿＿＿

本人あるいはご家族の記入欄

医師の診察・説明を受け、本日の予防接種を　□**希望します**　□**希望しません**

年　月　日　署名 ＿＿＿＿＿＿

※ご本人が未成年の場合は保護者の方がご署名ください。

ワクチンメーカー名	ロット番号	接種量	実施場所	接種医師名
		0.5 mL		

〒146-0081 東京都大田区仲池上1-10-3 ラシーヌ201　☎ 03-5748-7144

うえの内科外科医院　院長　上野 克仁