

インフルエンザ予防接種 予診票

接種希望の方は、太ワク内にご記入ください。

診察前の体温

住 所				T E L			
受ける人の氏名		生年 月日		昭和	年	月	日生(満歳)

質問事項	回答欄	医師記入欄
1. 今日の前接種は何回目ですか	今年初めて 2回目	
2. 今日受けられる前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 ない	
4. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか	はい いいえ	
5. 最近1ヶ月の間に病気にかかりましたか	はい いいえ	
6. 最近1ヶ月以内に家族や周囲に麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか	いる いない	
7. 最近1ヶ月以内に前接種を受けましたか	はい いいえ	
8. これまでに前接種を受けて具合が悪くなったことがありますか	はい いいえ	
9. 今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症、その他の病気)にかかり医師の診察を受けていますか	はい いいえ	
10. ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか	ある ない	
11. 薬や食品(鶏肉、鶏卵など)で皮膚に発疹やじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか	ある ない	
12. (ご婦人の方に)現在妊娠しておられますか	はい いいえ	
13. 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		
具体的に記入ください		

医師の記入欄

以上の問診及び診察の結果、今日の前接種は(可能・見合わせる)

医師のサイン

予診の結果を聞いて今日の前接種を受けますか(はい・見合わせます) 本人のサイン

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種日時
「ピケンHA」 Lot No.	(皮下接種)	実施場所 医師名 接種日時