

# インフルエンザHA ワクチン接種予診票

No. \_\_\_\_\_

(成人用)

被接種者 氏名	生年月日	年	月	日生 歳
性別	男 ・ 女	診察前の体温	度	分
質問事項		回答欄		医師記入欄
今日受ける予防接種についての説明文を読みましたか		はい	いいえ	
今日、体の具合の悪いところがありますか あれば、その症状をお書きください ( )		はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか 病名( )		はい	いいえ	
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名( )		はい	いいえ	
糖尿病、慢性呼吸器疾患、高血圧、心臓疾患、その他の病気で医師の診察を受けていますか 診察を受けている場合には病名をお書き下さい 病名( )		はい	いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種受けてもよいといわれましたか		はい	いいえ	
薬や食品（特に鶏卵、鶏肉、その他の鶏に由来のもの）で皮膚に発疹や蕁麻疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか		はい	いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか 予防接種名( )		ある	ない	
現在妊娠していますか		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はいますか		はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか		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)

医師のサイン

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 ・ 見合わせる)

本人のサイン (もしくは代理人のサイン)

使用ワクチン	用法・用量	接種場所・医師名・接種日時
名称： インフルエンザHA ワクチン	皮下接種  m L	医療機関名： <input type="checkbox"/> 社会医療法人 太秦病院 TEL：075-811-7711 <input type="checkbox"/> 附属 うずまさ診療所 TEL：075-863-6152 <input type="checkbox"/> 附属 うずまさ第二診療所 TEL：075-863-5581 医師名
メーカー名：  製造番号：		接種日時： 年 月 日 時 分