

インフルエンザ予防接種申込書・問診票

※太枠で囲まれた部分のみご記入下さい。

フリガナ		男 ・ 女	診察前の体温 °C (体温は自宅での計測値でも大丈夫です。)
接種者氏名			
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)		
住所	〒		
電話番号	() -	保護者のサイン (未成年の場合)	

質問事項		回答欄	
1	1ヵ月以内に予防接種を受けましたか？ 「はい」とお答えの方は予防接種名を記載してください。 []	はい	いいえ
2	1ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか？ 「はい」とお答えの方は病名を教えてください。 []	はい	いいえ
3	以前、インフルエンザの予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか？ 「はい」とお答えの方は症状など詳しく教えてください。 []	はい	いいえ
4	アレルギーがありますか？「はい」とお答えの方は何のアレルギーかを教えてください。 [にわたりの肉や卵・花粉症・その他()]	はい	いいえ
5	ワクチンの接種に関して医師に何か質問がございますか？ 「はい」とお答えの方は記入してください。 []	はい	いいえ
6	本日の体調に不安はありますか？	はい	いいえ

使用ワクチン	接種量	接種場所・接種年月日
名称 インフルエンザHAワクチン Lot No.	0.5mL	接種場所 神奈川県逗子市逗子 2-5-25 DENK ビル 2F さわだ内科・消化器内科 院長 澤田 正則 接種年月日 令和 年 月 日