

2022年インフルエンザ予防接種予診票・同意書

※接種希望の方は太枠内にご記入ください。

接種回数	今シーズン(1回目 ・ 2回目)		
フリガナ			生年月日
氏名	<input type="checkbox"/> 男	西暦	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 女		(歳 ヶ月)
電話番号			
住所	〒 -		
保護者の氏名 (16歳未満の場合)			

質問事項

1	診察前の体温	度	分
2	本日、体に具合の悪いところがありますか。	はい 具体的に()	いいえ
3	最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか。	はい(月 日) 病名()	いいえ
4	薬や食品(特に鶏卵、鶏肉、その他の鶏由来のもの)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 薬・食品名()	いいえ
5	けいれんを起こしたことがありますか。	はい (回くらい) (最後は 年 月 日)	いいえ
6	1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。	はい(月 日) 予防接種名()	いいえ
7	1か月以内に近親者や周囲で麻疹(はしか)、風しん、水痘(みずぼうそう)、おたふくかぜなどにかかった方はいますか。	はい 病名()	いいえ
8	(女性の方に)現在妊娠していますか。	はい	いいえ
9	その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことや質問があれば具体的にご記入ください。		

本人もしくは保護者のご署名

16歳未満の場合は、必ず保護者の方のご署名をお願いします。

署名

※小学生の方は必ず保護者同伴が必要、中学生の方は保護者の署名があれば一人でも接種可。16歳以上は一人で接種可。

医師記入欄

以上の問診及び診察の結果、本日の予防接種は(可能 ・ 見合わせる)

医師の署名又は記入押印

使用ワクチン	用法・用量	実施場所・接種日	
インフルエンザHAワクチン	皮下接種	実施場所	ユアクリニック秋葉原 東京都千代田区外神田4-9-2千住ビル4階 TEL 03-3256-1180
Lot No. :	<input type="checkbox"/> 0.5ml (3歳以上) <input type="checkbox"/> 0.25ml (6ヶ月以上3歳未満)		