インフルエンザ予防接種予診票(1回目 ・ 2回目)　【任意接種用】

＊接種ご希望の方へ:太枠内ご記入下さい。
＊お子様の場合は、健康状態を把握している保護者がご記入下さい。

診察前体温　　度　　分

住 所				TEL:　　ー　　ー
受ける人の名前		男	生年月日	昭和・平成　　年　　月　　日
保護者氏名 (18歳未満の方)		女		(満　　才　　ヶ月)

質　問　事　項	回 答 欄		医師記入欄
中学生以下のみ　出産　出生後検診にて異常を指摘されたことはありますか	はい	いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか あれば、その症状をご記入下さい(　　)	はい	いいえ	
現在、何らかの病気で医師にかかっていますか 病名(　　)	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか　(　　才頃)	はい	いいえ	
1か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	
中学生以下のみ生まれてから今までに特別な病気(先天性異常・心臓・肝臓・腎臓・脳神経・免疫不全症・ その他の病気)にかかり、医師に診察を受けていますか　病名(　　)	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんま疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
卵または鶏肉を食べて発疹が出たり、下痢を起こした事がありますか	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(　　)	はい	いいえ	
☆　女性のみ　現在妊娠していますか	はい	いいえ	
その他、医師に質問や、伝えておきたいことがありましたら、ご記入ください			

予診の結果、今日の予防接種を受けますか　(　受ける　・　見合わせる　)
保護者のサイン　(お子様の場合)
本人のサイン　(大人の場合)

使用ワクチン	用法 ・ 用量	接種場所 ・ 医師名	接種日時
名称: メーカー名: 製造番号:	皮下接種 0.25・0.5ml	医療機関名:　ふるた内科小児科クリニック 神奈川県横浜市青葉区鉄町57-1 医師名:　院長　古田　薫	