

# インフルエンザ予防接種予診票

内科循環器科大杉医院

★受診前に体温を測定し、必要事項を記載して下さい。

★予防接種費用は4,000円です。

★接種後は副反応が出る可能性がありますのでしばらく院内に留まるようお願いいたします。

氏名		生年月日	昭平	年	月	日
住所		性別	男・女	年齢		歳

接種希望の方へ：太枠内をすべて記入して下さい。

体温 . °C

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説明文（裏面）を読んで理解しましたか	いいえ	はい
今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン1回目ですか	いいえ（ 回目）	はい
今日、体に具合の悪い所がありますか	ある（具体的に）	ない
現在、何かの病気で医師にかかっていますか	はい（病名： ） 服薬中ですか（はい・いいえ）	いいえ
最近1か月以内に病気にかかりましたか	はい（病名： ）	いいえ
今までに特別な病気（心臓血管系・腎疾患・肝疾患・血液疾患・免疫不全症・その他）にかかり医師の診察を受けていますか	いる（病名： ）	いない
近親者に先天性免疫不全症と診断された方がいますか	はい	いいえ
今までに、けいれん（ひきつけ）をおこしたことがありますか	ある（ 回くらい） 最後は 年 月頃	ない
薬や食品（鶏卵・鶏肉など）で皮膚に発疹やじんま疹がでたり体の具合が悪くなったことがありますか	ある（薬または食品名： ）	ない
気管支喘息や間質性肺炎などの呼吸器系疾患と診断され現在治療中ですか	はい	いいえ
これまで予防接種を受けて特に具合が悪くなったことがありますか	ある（予防接種名： ） 症状	ない
1か月以内に家族や周囲で麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか	ある（病名）	ない
1か月以内に何かの予防接種を受けましたか	はい（予防接種名： ）	いいえ
（女性の方に）現在妊娠していますか	はい	いいえ
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、具体的に記載して下さい		

裏面の予防接種の効果や副反応などについて理解した上で接種を希望しますか （接種を希望します ・ 接種を希望しません）	本人または保護者署名
---	------------

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 ・ 不可） 本人に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について説明した	医師署名または記名捺印
--	-------------

使用ワクチン	用法・容量	実施場所・医師名・実施日
	皮下接種 0.5 mL	実施医療機関 内科循環器科大杉医院 医師名 大杉 順一