

当院を受診されたことがありますか。 はい いいえ ・初診の方は、カルテ作成のためお時間がかかります。

当院を定期通院されている方 本日の診察・薬処方希望 あり なし ・ありの方は、保険証をご提示ください。

会社で一括申し込みの方 会社名: 費用: ¥4,000(税込)

インフルエンザ予防接種 予診票 カルテ No.

★太枠内を全てご記入ください。(厚生労働省の指導により) 平熱 °C 現在の体温 °C

郵便番号	〒	—	電話番号
住所			生年月日
フリガナ			男 昭和 年 月 日
氏名			女 平成 年 月 日 歳

質問事項 回答欄 医師記入欄

1	今日受ける予防接種について別紙説明文を理解しましたか。	いいえ	はい	
2	過去に、インフルエンザワクチン接種をしたことがありますか。	いいえ	はい	
3	今季、インフルエンザワクチン接種は1回目ですか。	いいえ(回目)	はい	
4	今日、普段と違って具合が悪いところがありますか。★具合が悪い場合は接種できません		ない	
5	現在、風邪症状がありますか。★風邪症状のある方は、接種できません。治癒後1週間たってから接種しましょう。		いいえ	
6	最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか。	はい(病名) 現在治療中 ・ 月 日 治癒	いいえ	
7	最近1ヶ月以内に親近者や周囲に麻疹(はしか)、風しん、水痘(みずぼうそう)、おたふくかぜにかかった方がいますか。	いる(病名)	いいえ	
8	最近、1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。	はい(予防接種名)	いいえ	
9	今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。 ★具合が悪くなったことがある場合は、大きな医療機関で接種してください。当院では接種できません。		いいえ	
10	現在、何かの病気で医師にかかっていますか。	はい(病名)	いいえ	
11	今までに特別な病気:先天性異常・心臓血管系・心臓・肝臓・血液疾患・免疫不全・悪性腫瘍・ネフローゼ・その他の病気にかかり、医師の診断を受けたことがありますか。	ある 具体的に	ない	
12	今までに間質性肺炎・気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断されたことがありますか。	ある 年 月 現在治療中 ・ 治療なし	ない	
13	[ご婦人の方に] 現在妊娠していますか。	はい(週目)	いいえ	
14	10・11・12・13の質問に"ある"の場合、その病気を診てもらっている医師に、今日の予防接種を受けて良いと言われましたか。★確認がないと接種できません。		はい	
15	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 回位 最後は 年 月頃	ない	
16	薬や食品(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。	ある 薬・食品名	ない	
17	近親者に先天性免疫不全と診断された方がいますか。	いる	いない	
18	近親者に予防接種を受けて、具合が悪くなった方がいますか。	いる	いない	
19	注射・採血の際、消毒綿で赤み、かぶれ、腫れ等ができることがありますか。	ある	ない	
20	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、具体的にメモ用紙に記入して、受付時に予診票と一緒にお願いします。 ☆妊娠の可能性のある方もメモ用紙にご記入ください。			

予防接種の効果、副反応等、別紙の説明を理解し、接種を希望します。 本人の署名もしくは保護者の署名 署名

医師の記入欄 以上の問診および診察の結果、予防接種は 可能・見合わせる 医師の署名
本人に対し、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性・副反応・予防接種健康被害救済制度について説明文を提示しました。

使用ワクチン名	用法・用量	実施場所・接種日時	クリニック使用欄
インフルエンザHA <input type="checkbox"/> 化血研 <input type="checkbox"/> ピケン <input type="checkbox"/> デンカ <input type="checkbox"/> kmb Lot No.	皮下接種 <input type="checkbox"/> 右上腕 <input type="checkbox"/> 左上腕 接種用量 0.5ml	実施場所: サンライズクリニック 〒110-0015 東京都台東区東上野1-7-2 富田ビル2階 医師名 江藤 一弘 接種日時 令和 年 月 日 時 分	