

インフルエンザ予防接種( 1回目 ・ 2回目 )問診票 兼 申込書

ID(わかる場合)				※太枠で囲まれた部分の記載をお願いいたします
接種者氏名	(フリガナ)			男 ・ 女
保護者サイン (未成年の場合)				
生年月日	平成	年	月	日
住所	〒	-		
電話番号	(	)	-	

1	接種日の年齢			歳
2	本日の体温			℃
3	今年10月以降にささき医院で インフルエンザの予防接種を受けるのは何回目ですか？	1回目 ・ 2回目		
4	一か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	
5	一か月以内にお熱が出たり、病気にかかったりしましたか？ 「はい」とお答えの方は症状を詳しく教えてください [ ]	はい	いいえ	
6	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を詳しく教えてください [ ]	はい	いいえ	
7	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	
8	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」とお答えの方は質問事項を記入してください [ ]	はい	いいえ	
9	本日の体調に不安はありますか？	はい	いいえ	
10	【12歳以下の方】心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患にかかったことが ありますか？「はい」とお答えの方は病名を記入してください [ ]	はい	いいえ	
11	【12歳以下の方】ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか？	はい	いいえ	
12	来年以降、インフルエンザ接種の時期が近づきましたら、 接種のご案内をお送りしてもよろしいでしょうか？	はい	いいえ	

使用ワクチンLot. \_\_\_\_\_

摂取量 : 0.5mL(3歳以上) ・ 0.25mL(1~2歳)

本人(もしくは保護者)に対して、予防接種の効果、副作用およ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

医師の署名又は記名押印 \_\_\_\_\_

<p>医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応について理解したうえで接種を希望される方はご署名ください</p> <p>本人(もしくは保護者)の署名 _____</p>
----------------------------------------------------------------------------------------