

# 平成29年度インフルエンザ予防接種

# 問診票

\* 太ワケ内をご記入下さい。

住所	〒		連絡先 ( ) -	
フリガナ		男	生	明治・大正・昭和・平成
氏名	(フルネーム)	女	年月日	年 月 日生 ( 歳)

診察前体温

度 分

質問事項

1. 65才以上の方、定期通院中の方は予約不要ですが、それ以外の方はWEB予約が必要です。予約はお済ですか？	はい	いいえ
2. 今日受ける予防接種について説明文を読み理解しましたか？	はい	いいえ
医師が診察し予防接種可能と診断した場合には接種を受けますか？ 接種を受ける場合は		
3. 下記に署名をお願いします。 どちらかに○(本人・保護者) <b>署名:</b> _____。(フルネーム)		
4. 今までに、予防接種を受けて気分が悪くなったり、発熱や発疹などの副作用がありましたか？	いいえ	はい (接種時の年齢とワクチンの種類を具体的に)
5. 今日、ふだんと違って体調の悪いところがありますか？	いいえ	はい (具体的に)
6. 現在治療中の病気がありますか？	いいえ	はい (具体的に)
7. 薬や食べ物(鶏肉や卵など)のアレルギーがありますか？	いいえ	はい (具体的に)
8. 最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか？	いいえ	はい (具体的に)
9. 最近1ヶ月以内に何か病気にかかりましたか？	いいえ	はい (具体的に)
10. 最近1ヶ月以内に周囲で麻しん、風しん、水痘、おたふく風邪、にかかった方がいますか？	いいえ	はい (具体的に)
11. 先天性異常、発育障害、心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患、気管支喘息と診断されたことはありますか？	いいえ	はい (治療状況など具体的に)
12. 【ご婦人の方におききます】現在妊娠していますか？	いいえ	はい (妊娠 月)
13. その他、医師に伝えておきたいことや相談したいことがあれば右にご記入ください。		

以下は医院使用欄です(新保内科医院)。

医師記入欄： 問診および診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる) 医師名:

使用ワクチン名	接種量	実施場所・医師名・接種日
インフルエンザHAワクチン	(皮下注射)	接種場所 長岡市新保内科医院
Lot No.	0.25mL 0.5mL	接種日