

令和 7 年度 インフルエンザ予防接種予診票

*接種希望の方へ:太枠内にボールペン等でご記入下さい。 当日の体温を記入してお持ちください。

		体温		度 分	
住 所		TEL() -			
ふりがな 氏 名		男 ・ 女	西暦・昭和・平成・令和 年 月 日 (満 歳 ヶ月)		

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 今年度、インフルエンザ予防接種は1回目ですか	いいえ (1回目 月 日)	はい	
2. インフルエンザ予防接種を受けたことがありますか	いいえ	はい	
① その際に具合が悪くなったことはありますか	はい 症状()	いいえ	
② インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか	はい 予防接種名()	いいえ	
3. 今日、体に具合の悪いところがありますか	はい 症状()	いいえ	
4. 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	
5. 特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液疾患、免疫不全 など)で医師の診察を受けていますか	はい 病名()	いいえ	
その主治医に、予防接種を受けてよいといわれましたか	いいえ	はい	
6. 1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか	はい 病名()	いいえ	
7. 鶏肉や鶏卵にアレルギーがありますか	はい	いいえ	
8. 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. (女性の方に)現在 妊娠をしていますか	はい 妊娠(週)	いいえ	
10. その他、質問や健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば、具体的に書いてください			
11. 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上で、接種を希望しますか	はい ・ いいえ 本人/保護者署名		

医院記入欄		
以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(可能 ・ 見合わせる) 医師署名		
使用ワクチン名 / 用法・用量	実施場所・医師名・接種日時	
インフルエンザ HA ワクチン Lot No.	皮下注射 □ 0.5 mL (3 歳 以上) □ 0.25 mL (6 か月 以上 3 歳 未 満)	実施場所 やぎ総合診療クリニック 医師名 院長 八木 慎太郎 接種年月日 月 日

ご記入いただきました個人情報はインフルエンザワクチン接種の予診に関してのみ使用いたします。