※太枠内のみ記入

インフルエンザ予防接種　予診票

任意接種用

住所		電話	
（ふりがな）		性別	男　・　女
氏名		生年 月日	
保護者名	（未成年のみ記入）	歳　　ヶ月	

1回目 6ヶ月～2歳 (0.25mL)	1回目 3歳～12歳 (0.5mL)	1回目 13歳以上 (0.5mL)

2回目 6ヶ月～2歳 (0.25mL)	2回目 3歳～12歳 (0.5mL)	2回目 13歳以上 (0.5mL)
前回の接種日　2022（令4）年　　月　　日		

今日の体温をご記入ください　　＊体調が悪い方や体温が37.5℃以上ある方は接種できません	℃
最近２週以内に予防接種を受けましたか　（　種類：　　受けた日：　　）	はい　　いいえ
今後２週以内に予防接種を予定してますか（　種類：　　受ける日：　　）	はい　　いいえ
最近４週以内に右の病気にかかりましたか　（　てんかん　麻しん　風しん　水痘　おたふくかぜ　）	はい　　いいえ
最近４週以内に右の病気に周囲で罹った方がいますか　（　麻しん　風しん　水痘　おたふくかぜ　）	はい　　いいえ
予防接種を受けてはいけない特別な病気である、または近親者に先天性免疫不全の方がいますか	はい　　いいえ
薬や食品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	はい　　いいえ
予防接種を受け、強いアレルギー反応をおこしたことがありますか	はい　　いいえ
今日の予防接種について質問がありますか	はい　　いいえ
予防接種の効果・副反応・被害救済制度について理解し、接種を希望します	本人（保護者）の署名

患者ラベル	ロットシール 左・右　上腕の皮下	接種の効果・副反応・被害救済制度について説明した。 問診・診察の結果、予防接種は可能と判断し接種した。
		かけはし糖尿病・甲状腺クリニック　名古屋市中村区乾出町2-35 医師：　横塚陽子　　印