

インフルエンザ予防接種予診票

新

受付 会計 接種
() () ()

※接種希望の方へ:太枠の中をご記入下さい。
※お子さんの場合には、健康状態をよく把握している保護者をご記入下さい。

住所	〒	TEL()	診察券番号
(フリガナ)	()	性別	大・昭・平・令 年 月 日
受ける人の名前		男・女	歳
保護者署名(接種者が未成年者の場合)		生年月日	ヶ月


質問事項	回答欄	
現在の年齢で該当する欄に○をつけてください。 6ヶ月～2歳 ・ 3歳～64歳 ・ 65歳以上 ※65歳以上の方は公費専用の問診票をご利用ください	体温	℃
1. 今日受ける予防接種の説明(裏面)を読んで理解しましたか。		はい
2. 今日受けるインフルエンザ予防接種は	2回目(1回目接種日 /	1回目
3. 今日、具合の悪いところはありませんか。 または1ヶ月以内に病気にかかりましたか	ある(具体的に)	ない
4. 1ヵ月以内に家族や周囲で麻疹・風疹・水痘・おたふくかぜ などにかかった方がいますか。 ※潜伏期間が2-3週間あるため、その場合は効果が出ないことがあるのでお勧めしません	ある(病名)	いない
5. 現在、何かの病気にかかっていますか。	はい(病名) 薬を飲んでいますか(いる・いない)	いいえ
6. 初回の熱性けいれんを、8週間以内に起こしましたか。 ※8週間以内に初回のけいれん発作があった場合は接種をお勧めできません	はい	いいえ
7. 薬や食品(鶏肉、鶏卵など)、予防接種で具合が悪くなったこと がありますか。	ある(薬または注射名)	ない
8. 2週間以内にコロナワクチンの予防接種を受けられましたか。 ※コロナウイルスワクチン接種前後2週間は他のワクチンを受けることができません	はい	いいえ
9. 2週間以内にコロナワクチンの予防接種を受ける予定がありますか。 ※コロナウイルスワクチン接種前後2週間は他のワクチンを受けることができません	はい	いいえ
10. 4週間以内に何かの予防接種を受けましたか。接種日 /	はい 予防接種名:	いいえ
11. 分娩時、出生時、乳児健診で異常があり、予防接種を控える 様に言われたことはありますか？	ある(具体的に)	いいえ
12. 6ヵ月以内にガンマグロブリンの点滴を受けましたか。 ※投与されている場合は効果が出ないことがあるためお勧めしません	はい	いいえ
13. 高血圧・高脂血症(脂質異常症)・糖尿病などを指摘されている方で 動脈硬化の有無(血管年齢・頸動脈エコー)の検査を希望されますか 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 具体的に書いて下さい。	はい	いいえ

★LINE友達登録 いろいろな情報もお届けしますのでこの機会にぜひご登録を！ 登録はこちら→ 	全ての質問にチェックできましたか？ <input type="checkbox"/> はい
---	--

インフルエンザHAワクチン	用量 <input type="checkbox"/> 0.25ml (6ヶ月～2歳) <input type="checkbox"/> 0.5ml (3歳以上)	医師名・接種日時
Lot No.	用法 : 皮下接種	接種日時: R

*接種可能な人のみ医師名に○をつける

実施場所: 静岡県袋井市浅岡45-1
0538-23-8300
溝口ファミリークリニック

コロナ対策のため、発熱・下痢など
体調が優れない方は予約の変更を
お願いいたします
インフルエンザワクチンに関してはこちら → 

※インフルエンザ予防接種による母胎、胎児への影響よりも、インフルエンザに罹患することによる
危険性の方が上回るため、妊娠全期間を通して、接種する事が勧められています