

# インフルエンザ予防接種予診票 ( 1回目 / ) ( 2回目 ) 【任意接種用】

37.5度以上の場合は、接種できません。

- \* 接種希望の方へ：太枠内にご記入下さい
- \* お子さんの場合は、健康状態を把握している保護者をご記入下さい

診察前の体温 度 分

受ける人のお名前 (カタカナで記入)	年齢	満	才	ヶ月

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日、普段と違って身体に具合の悪いところがありますか	はい 具体的に ( )	いいえ	
最近、1ヶ月以内に病気にかかりましたか または熱が出ましたか	はい 病名 ( )	いいえ	
ひきつけ (けいれん) をおこしたことがありますか	はい 具体的に ( )	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 具体的に ( )	いいえ	
その他、健康状態の事で医師に伝えておきたい事や質問があれば、具体的にご記入ください。			

## 本人 (保護者) 記入欄

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて 理解した上で接種することに ( 同意します ・ 同意しません )	小児：保護者のサイン 成人：本人もしくは代理人のサイン _____
--	---

使用ワクチン名	用法・用量	医師名・接種年月日
	皮下接種 <input type="checkbox"/> 0.5mL (3歳以上) <input type="checkbox"/> 0.25mL (6カ月以上3歳未満)	医師名： <input type="checkbox"/> 手塚 勝也 <input type="checkbox"/> 山本 麻子 <input type="checkbox"/> (医師名)
		接種年月日： 年 月 日