

インフルエンザワクチン問診表

	接種日(西暦)	年	月	日
被接種者氏名(ローマ字)	性別	生年月日(西暦)		
	男・女	年	月	日
ご希望のインフルエンザワクチン 注射 / 点鼻 (2-17歳のみ)				
1. 本日の体温は何度ですか			℃	
2. からだの悪いところがありますか	はい		いいえ	
3. 現在服用中の薬はありますか <small>内服中の薬名</small>	はい		いいえ	
4. 最近、病気にかかったことがありますか <small>いつ頃ですか 病名</small>	はい		いいえ	
5. 過去に予防接種で副作用がでたことはありましたか <small>予防接種名 症状</small>	はい		いいえ	
6. 1ヶ月以内に予防接種を受けたことがありますか <small>予防接種名 時期</small>	はい		いいえ	
<small>女性の方のみお答えください</small>				
7. 現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性はありますか	はい		いいえ	
8. 卵・鶏肉に対してアレルギーがありますか	はい		いいえ	
9. 薬に対してアレルギーがありますか <small>薬品名 症状</small>	はい		いいえ	
10. その他、アレルギーはありますか <small>原因 症状</small>	はい		いいえ	
11. けいれんを起こしたことがありますか	はい		いいえ	
12. 喘息を起こしたことがありますか	はい		いいえ	

JAPAN GREEN MEDICAL CENTRE 殿

医師の診察・説明を受け、予防接種の必要性を理解し、効果やそれに伴う副反応(副作用)も十分に理解した上で同意し予防接種を希望します。

予防接種を受ける方の

氏名

ご住所

電話番号

ご署名

被接種者が16歳未満の場合、
親権者様をご署名下さい

日付 年 月 日