

インフルエンザ問診表（子供・大人共通）

発熱のある方、体調のすぐれない方は接種を控えてください

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 ()才

ご希望のワクチン: インフルエンザ

- | | | | | |
|----|--|----|-----|----------------------------|
| 1 | 今日の体温は何度ですか。 | 度 | 分 | * 体温計をお持ちの方は
ご自宅でお測り下さい |
| 2 | 今、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。
(薬品名) | はい | いいえ | |
| 4 | 最近、病気にかかったことがありますか。
(病名、時期) | 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。
(予防接種名、症状) | 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。
(予防接種名、時期) | はい | いいえ | |
| 7 | 女性の方のみお答えください
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。
(薬品名、症状) | はい | いいえ | |
| 10 | その他、アレルギーはありますか。
(原因、症状) | はい | いいえ | |
| 11 | けいれんを起こしたことがありますか。
(詳細) | 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 | |

誓約書

JAPAN GREEN MEDICAL CENTRE 殿

予防接種をうける者の氏名:

住所:

電話番号:

私は予防接種の必要性を理解し、それに伴う副反応(副作用)も十分理解しましたので、問診表を正しく記入の上、
予防接種を貴院に依頼します。もしもその後において問題が生じても、一切その責を問わないことをここに誓います。

署名

日付 年 月 日

被接種者が17才以下の場合、親権者もしくは親権者代理人がご署名下さい