

## 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      注射 / 点鼻(2-17歳のみ)**

- |  |    |     |                            |
|--|----|-----|----------------------------|
| 1 今日の体温は何度ですか。                             | 度  | 分   | * 体温計をお持ちの方は<br>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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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<br>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。<br>(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。<br>(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。<br>(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