

## 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		°C		
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せんでしたか <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		
<p>JAPAN GREEN MEDICAL CENTRE 殿</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">予防接種を受ける方の 氏名</p> <p style="text-align: center;">ご住所</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p style="text-align: center;">ご署名</p> <p style="text-align: center;">日付                      年                      月                      日</p> <p style="text-align: right;"><small>被接種者が16歳未満の場合、 親権者様をご署名下さい</small></p>				

Brand name, Lot number:

Dose:

Site:

Expiry date:

Dr signature: