対話があるから医療技術が生きる
ジャパングリーンメディカルセンター

Aug.2020

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はありますか	はい	いいえ
3. 現在服用中の薬はありますか 内服中の薬名	はい	いいえ
4. 最近、病気にかかったことがありますか いつ頃ですか　　病名	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
女性の方のみお答えください		
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 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	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、親権者様がご署名下さい

日　付　　年　　月　　日

Brand name, Lot number:　Dose:　Site:　Expiry date:　Dr signature: