

下記の太枠内を必ず記入して下さい。

インフルエンザ予防接種予診票

負担金 3,500円（税込）

接種年月日	2024年 月 日	請求	現金
会社名		体温	度 分
ふりがな		生	年 月 日
氏名	男 女	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 (満 歳)	

裏面の「インフルエンザ予防接種説明書」を事前に読み、効果や副反応について理解出来た方は下記の質問事項をご記入ください。

質問事項	回答欄	医師記入欄
1. 現在および以前に以下のような病気にかかりましたか。 心臓病 腎臓病 肝臓病 血液の病気 脳神経の病気 先天異常 糖尿病 高血圧 脂質代謝異常 貧血 癌 () その他 ()	はい いいえ	
2. 現在、治療や投薬を受けていますか。 その病気の主治医には今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	はい いいえ いいえ はい	
3. 免疫不全と診断された事がありますか。	はい いいえ	
4. ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか。	はい いいえ	
5. 薬や食品でじんましんが出たり、具合が悪くなった事がありますか。 (薬名・食品名)	はい いいえ	
6. 過去にけいれんを起こしたことがありますか。	はい いいえ	
7. 過去に予防接種を受けて、具合が悪くなった事がありますか。 (予防接種の種類) (症状)	はい いいえ	
8. 過去にインフルエンザの予防接種を受けた事がありますか。 その際に具合が悪くなった事がありますか。(症状)	いいえ はい はい いいえ	
9. 2週間以内に予防接種を受けましたか。 (予防接種の種類)	はい いいえ	
10. 1か月以内に熱が出たり、病気になったりしましたか。 (病名)	はい いいえ	
11. 今日、体に具合の悪いところがありますか。 あれば、その症状を書いて下さい(症状)	はい いいえ	
女性 現在妊娠している。または妊娠している可能性はありますか。	はい いいえ	

署名をもって意思確認とする	(本人自署)
---------------	--------

医師記入欄	以上の問診及び診察の結果、本日の予防接種は (適 ・ 不適)
	医師署名又は記名押印

ワクチン	実施医療機関名
ワクチン製造会社 デンカ生研 Lot.No. 接種量 0.5ml (皮下接種)	千葉県我孫子市布佐834-28 医療法人社団 創造会 平和台病院 接種年月日 2024年 月 日