

## インフルエンザ予防接種 問診票 兼 申込書

この問診票はまえだファミリークリニック専用です。他の医療機関では使用できません。  
コピーしてお使いいただいても構いません。

※二重線で囲まれた部分を漏れがないように記入してください

接種者氏名 (フリガナ)	男・女	当日の体温 ℃
生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日生	接種日の年齢 歳 ( 月)	
住所		
電話番号 ( )	同伴保護者の署名 (未成年の場合)	

回答欄

・1ヵ月以内に予防接種を受けましたか？ 『はい』とお答えの方は、予防接種名を記入ください。 [ ]	はい	いいえ
・アレルギーはありますか？ 『はい』とお答えの方は、何のアレルギーか教えてください。 鶏の肉や卵・花粉症・その他 [ ]	はい	いいえ
・インフルエンザワクチン接種は初めてですか？ 『はい』の方は接種後 15分 クリニックで待機ください。お声がけします。	はい	いいえ
・1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか？ 『はい』とお答えの方は、病名を教えてください。 [ ]	はい	いいえ
・1ヶ月以内に家族や周囲に、麻疹・風疹・水痘・おたふくかぜ等の病気の方がいましたか？ 『はい』とお答えの方は、病名を教えてください。 [ ]	はい	いいえ
・以前、インフルエンザの予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか？ 『はい』とお答えの方は、症状を詳しく教えてください。 [ ]	はい	いいえ
・ワクチンの接種に関して、医師に何か質問はありますか？ 『はい』とお答えの方は、質問事項を記入ください。 [ ]	はい	いいえ

※12歳以下の方は、下の質問にもお答えください

・12歳以下の方で、心臓病・腎臓病・肝臓病・血液疾患にかかったことはありますか？ 『はい』とお答えの方は、病名を教えてください。 [ ]	はい	いいえ
・12歳以下の方で、ひきつけ（けいれん）を起こしたことはありますか？	はい	いいえ
・本年度のインフルエンザ予防接種は何回目ですか？	1回目	2回目

使用ワクチン名 インフルエンザHAワクチン 実施場所 東京都板橋区赤塚3-9-1リパティカイト1F  
LOT まえだファミリークリニック  
TEL : 03-3979-0901  
接種量 0.5ml 0.25ml 医師名 \_\_\_\_\_  
(3歳以上) (1~2歳)  
接種日 \_\_\_\_\_