

M'sこどもクリニック インフルエンザ予防接種 問診表
 (受診前、自宅での体温計測にご協力ください)

住所：東京都江戸川区		体温	度	分
(ふりがな) 氏名		生年月日	年	月 日
保護者の氏名	TEL	年齢	歳 (ヶ月)
質問事項	患者さん回答欄			医師記入欄
インフルエンザ予防接種について「インフルエンザワクチンを受けられる方へ」の説明を読んで理解しましたか	いいえ			はい
今日受けられるインフルエンザワクチンは今シーズン何回目ですか	1回目			2回目 ↓↓ 月 日
	1回目の接種日			
今日、普段と違って具合の悪いところがありますか	ある(具体的に)			ない
今までまたは現在、特別な病気(喘息、川崎病、食物アレルギー、心臓、腎臓、血液、悪性疾患、けいれん、その他)に罹患、診断されたことはありますか	ある(具体的に)			いいえ
	↓↓			
ある場合、その病気をみてもらっている医師にインフルエンザワクチンを受けてよいといわれましたか	聞いていない			はい
インフルエンザの予防接種を受けたことありますか	はい			いいえ
インフルエンザの予防接種で具合がわるくなったことはありますか	ある(具体的に)			ない
他の予防接種で具合がわるくなったことありますか	ある(具体的に)			ない
薬で皮膚に発疹やじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか	ある(具体的に)			ない
近親者の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	いる			いない
【ご婦人の方に】現在、妊娠していますか	はい・不明			いない
その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば具体的にお書きください				
予防接種の効果や副反応などについて理解した上でインフルエンザワクチン接種を希望する場合右に署名してください	本人または保護者の署名			

医師の記入欄：以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (可能 ・ 見合わせる)

医師の署名又は記名押印

使用インフルエンザワクチンLot・接種量 0.25ml ・ 0.5ml 右 ・ 左 上腕	接種場所 M'sこどもクリニック瑞江	接種日 令和 年 月 日
--	-----------------------	-----------------