

☐大人 ☐小学生以下

インフルエンザ予防接種予診票

(えんさこ医院以外使用不可)

		任意接種用	
		診察前の体温	度 分
住所		TEL () -	
フリガナ		生年月日	大正・昭和・平成・令和
受ける人の氏名	男 ・ 女		年 月 日生
(保護者氏名)			(満 歳 カ月)

質 問 事 項	回 答 欄	
今日の予防接種は何回目ですか	今年はじめて ・ 2回目	
今日体に具合の悪いところがありますか	はい → ()	いいえ
現在、何か病気でお医者さんにかかっていますか	はい → 病名 () 薬を飲んでいますか (いる ・ いない)	いいえ
最近1ヶ月以内に病気にかかったことがありますか	はい → 病名 ()	いいえ
4週間以内に予防接種を受けたことがありますか	はい → 予防接種名 ()	いいえ
今までにひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか	はい → 回数 (回) 最後は 年 月頃	いいえ
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり体の具合が悪くなったことがありますか	はい 薬・食品の名前 ()	いいえ
卵を食べて発疹が出たり、下痢をしたことがありますか	はい ・ 年 月頃 ↓	いいえ
最近卵を食べることができますか	できる ・ できない	
これまでに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 予防接種名 () 年 月頃	いいえ
現在、妊娠していますか	はい	いいえ
その他、健康状態のことで、お医者さんに伝えておきたいことがあれば、具体的に書いて下さい		

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(実施できる・見合わせた方が良い)と判断します。
医師署名又は記名押印

予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか(受ける・受けない)	本人署名
代筆者氏名	

使用ワクチン名	実施場所 ・ 医師名
ワクチン名 インフルエンザHAワクチン LotNo.	実施場所 : 岡山県倉敷市下庄455-1 えんさこ医院 TEL 086-462-0080 FAX 086-462-0040
摂取量 0.25ml ・ 0.5ml	医 師 名 : 遠 迫 孝 昭 接種年月日 : 令和 年 月 日

頂戴頂きました個人情報(ワクチン接種の予診)に関してのみ使用いたします。