

インフルエンザワクチンの問診票(成人用)(カルテ番号: _____)

令和 年 月 日

住所 〒 _____ 横浜市・川崎市・東京都・(_____) 都筑・青葉・(_____)区		緊急連絡先(自宅・携帯・会社・その他) 電話 (_____)
受ける人の氏名	フリガナ _____ 男・女	昭・平 年 月 日生まれ (_____)歳(_____)ヶ月
		現在の体温 _____ 度 分

質問事項	解答(○印)欄	医師記入欄
予防接種についての説明書を読まれましたか？	はい・いいえ	
これまでの健康診断で異常を指摘されたことがありましたか？ それはどんな異常でしたか？(_____)	なかった・あった	
これまで特別な病気で医師にかかったことがありますか？ その病名は何ですか？(_____) その医師に本日の予防接種を受けても良いといわれていますか？	いいえ・はい はい・いいえ	
本日、からだの具合の悪いところがありますか？ 具合の悪いところか症状は何ですか？(_____)	ある・ない	
最近の1ヶ月以内に病気にかかりましたか？ その病名は？(_____)	はい・いいえ	
現在、何か薬を飲んでいますか？ その薬は何ですか？(_____)	いる・いない	
薬や食べ物で皮膚に発疹やじんましんが出たり、からだの具合が悪くなったことがありますか？ それは何ですか？(_____)	あった・なかった	鶏卵食: yes, no
最近1ヶ月以内に、他の予防接種を受けましたか？ その予防接種名は？(_____)	はい・いいえ	
今まで、予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか？ その予防接種名は？(_____)	ある・ない	
家族の方で予防接種を受けて具合が悪くなった方がいますか？	いる・いない	
ご家族の中に先天性の免疫不全と診断された方がいますか？	いる・いない	
最近6ヶ月以内に輸血またはガンマグロブリンの投与を受けましたか？	はい・いいえ	
成人女性の方: 妊娠していますか？ はいと答えた方、妊娠何ヶ月目ですか？ 妊娠中に何か異常なことがありましたか？ 担当の産科医は今回のワクチンを受けて良いと言いましたか？	はい・いいえ 妊娠(_____)ヶ月 ある・ない はい・いいえ	
最後に、今日の予防接種について何か質問がありますか？	ある・ない	

医師の記入欄
以上の問診および診察の結果、今回の予防接種の可否について(可能・見合わせる)(署名 _____)

接種者本人または代理人の記入欄
以上の結果、本日の予防接種は受けますか？(受ける・見合わせる)(署名 _____)

接種ワクチン	用法・用量	接種場所・医師名・接種日時
インフルエンザHAワクチン	皮下接種	接種日 年 月 日 時 分 横浜市都筑区中川1-10-33
lot _____	ml _____	しんぼ こどものクリニック 新保敏和