

# 大人(13才以上)季節性インフルエンザ予防接種予診票 カルテNo

下の表のあてはまるところに記入するか で囲んで下さい

診察券番号	No.		
ふりがな			
受ける人の氏名			
受ける人の生年月日	昭和・平成	年	月 日生 ( 歳 か月)
住所	〒		電話

質問事項	解答欄		医師記入欄
今日(診察前)の体温は何度ですか	度 分		
今日の体に具合の悪いところがありますか 具合の悪い症状を書いてください ( )	はい	いいえ	
最近一ヶ月以内に病気にかかりましたか 病名 ( 月 日 : )	はい	いいえ	
1ヶ月以内に家族や友達に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの 病気の方がいましたか 病名 ( 月 日 : )	はい	いいえ	
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名 ( 月 日 : )	はい	いいえ	
生まれてから今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症 その他の病気)にかかり医師に診察を受けていますか。病名( )	はい	いいえ	
その病気を診てもらっている場合、医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ( 歳 月)頃	はい	いいえ	
そのときに熱がでましたか	はい	いいえ	
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	
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 予防接種名( )	ある	ない	
家族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	いいえ	
妊娠していますか	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか ある場合( )	はい	いいえ	
副反応は軽く、接種場所の発赤・腫れ・痛み、発熱、頭痛、さむけ、体のだるさなどがみられ ますがいずれも二、三日で消失します。接種後入浴はかまいませんが激しい運動は 避けてください。以上を読んで了解されましたか。	いいえ	はい	

医師の意見 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)	医師のサイン
--	--------

予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか ( はい ・ 見合わせます)	保護者または本人のサイン
---------------------------------------	--------------

医療機関名 及び 接種医師名	摂取量	ワクチン製造会社名	
	0.5 ml	及びLOT番号	
		接種年月日	平成