

川井クリニック インフルエンザ予防接種問診票

ID) 氏名) 様 男・女 年 月 日生 歳

住所) 体温_____度

インフルエンザの予防接種を打ったことがありますか？	いいえ	はい
・その際に具合が悪くなったことはありますか	はい	いいえ
インフルエンザ予防接種の効果や副作用を理解していますか？	いいえ	はい
1ヵ月以内に予防接種を受けましたか？（ワクチン名	はい	いいえ
過去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（症状	はい	いいえ
現在、他院（川井クリニック以外）に通院していますか？（病名	はい	いいえ
・他院で治療（投薬）を受けていますか？	はい	いいえ
・その病気の主治医には、今日の予防接種は受けてもよいと言われましたか？	はい	いいえ
最近1ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか？	はい	いいえ
本日、身体に具合の悪いところがありますか？（症状	はい	いいえ
薬や食品（鶏肉や鶏卵など）で、蕁麻疹や具合が悪くなったことがありますか？	はい	いいえ
（その名前	症状	）
今まで次の病気にかかったことがありますか？	はい	いいえ
心臓病 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ けいれん ・ 血液疾患 ・ 気管支喘息 ・ 免疫不全		
上記以外に大きな病気やアレルギーを起こしたことがありますか？	はい	いいえ
（病名または症状	）	
その他、予防接種にあたって医師に伝えておきたいことはありますか？	はい	いいえ

医師の診察・説明を受け予防接種の効果や副反応などについて理解した上で接種を希望しますか？

希望します ・ 希望しません 署名：（ ）

☐ 領収書の別発行希望

医師指示欄： 本日の予防接種は 可能 ・ 見合わせる 川井クリニック 医師名：

接種年月日： 年 月 日 摂取量 0.5 mL ロット番号：

インフルエンザ予防接種済証

接種年月日： 年 月 日

氏名: _____ 様

住所：

ワクチン名 メーカー/ロット:

接種医療機関名: 川井クリニック 〒305-0812 茨城県つくば市東平塚715-1 TEL:029-854-1881