

診察をスムーズに行うため、太枠内を記入し、受診当日にお持ちください。

ID: _____

【 インフルエンザ 】 予防接種問診表 (成人用)

		診察前の体温		度	分
住 所					
受診者の氏名	男・女	生 年 月 日	年	月	日 (満 歳 ヶ月)

質 問 事 項	回 答 欄		医師記入欄
① 今日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下さい ()	はい	いいえ	
② 最近1ヵ月以内に病気にかかりましたか ・病名 ()	はい	いいえ	
③ 1ヵ月以内にまわりの方で麻しん、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 ()	はい	いいえ	
④ 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、免疫不全症状、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医師に今日の予防接種を受けてよいと いわれましたか (上記ではいと答えた方)	はい	いいえ	
⑤ ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか () 歳頃	はい	いいえ	
・その時、熱がでましたか	はい	いいえ	
⑥ 医薬品や薬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 事がありますか	はい	いいえ	
⑦ 卵を摂取して具合が悪くなりますか	はい	いいえ	
⑧ ご家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	はい	いいえ	
⑨ 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 ・その予防接種の名前 ()	はい	いいえ	
⑩ ご家族に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	はい	いいえ	
⑪ 6か月以内に輸血あるいはガンマグロブリン(注)の注射を受けましたか	はい	いいえ	
⑫ 今日の予防接種についてご質問はありますか	はい	いいえ	

確 認 者	医師	上記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)	【医師サイン】
	受診者 または 保護者	予診の結果を聞いて今日の予防接種をうけますか (受ける・見合わせる)	【本人サインまたは保護者サイン】

Lot. No.	接 種 量	実施場所
	皮下接種 (ml)	【実施場所】 刈谷市住吉町 5-15 刈谷豊田総合病院 【接種年月日】 年 月 日

(注) ガンマグロブリンは血液製剤の一種で、A 型肝炎等の感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を 3~6 ヶ月以内に受けた方は、麻しんなどの予防接種の効果が十分にでないことがあります。