

下記の太枠内を必ず記入して下さい。

インフルエンザ予防接種予診票

接種年月日	2025 年 月 日		体 温	度 分
会社名				
ふりがな			生 年 月 日	
氏 名		男	☐ 昭和 年 月 日	(満 歳)
		女	☐ 平成	

裏面の「インフルエンザ予防接種説明書」を事前に読み、効果や副反応について理解出来た方は下記の質問事項をご記入ください。

質 問 事 項		回答欄		医師記入欄
1.	現在、以下のような病気にかかっていますか。	は い	いいえ	
	心臓病 腎臓病 肝臓病 血液の病気 脳神経の病気 先天異常 糖尿病 高血圧 脂質代謝異常 貧血 癌 () その他 ()			
2.	現在、治療や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を受けてよいと言われましたか。	いいえ	は い	
3.	免疫不全と診断された事がありますか。	は い	いいえ	
4.	間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断された事がありますか。	は い	いいえ	
5.	二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	
6.	薬や食品でじんましんが出たり、具合が悪くなった事がありますか。	は い	いいえ	
	(薬名・食品名)			
7.	過去にけいれんを起こしたことがありますか。	は い	いいえ	
8.	これまでに予防接種を受けて、具合が悪くなった事がありますか。	は い	いいえ	
	(予防接種の種類) (症状)			
9.	インフルエンザの予防接種を受けた事がありますか。	いいえ	は い	
	その際に具合が悪くなった事がありますか。(症状)	は い	いいえ	
10.	2週間以内に予防接種を受けましたか。	は い	いいえ	
	(予防接種の種類)			
11.	1か月以内に熱が出たり、病気になったりしましたか。	は い	いいえ	
	(病名)			
12.	今日、体に具合の悪いところがありますか。	は い	いいえ	
	あれば、その症状を書いて下さい(症状)			
女性	現在妊娠している。または妊娠している可能性はありますか。	は い	いいえ	

署名をもって意思確認とする	(本人自署)
---------------	--------

医師記入欄	以上の問診及び診察の結果、本日の予防接種は (適 ・ 不適)
	医師署名又は記名押印

ワ ク チ ン	実 施 医 療 機 関 名
ワクチン製造会社 デンカ生研 Lot.No. 783-B 接種量 0.5ml (皮下接種)	千葉県我孫子市布佐834-28 医療法人社団 創造会 平和台病院 接種年月日 2025 年 月 日