

自費	1回目	¥3,800
	2回目	¥3,000 (1回目と同じ医療機関の場合)

※2回目が1回目と異なる医療機関の場合は、¥3,800になります。

卵 回数 1・2 0.25ml 0.5ml

インフルエンザ予防接種予診票

		診察前の体温	度	分
住 所		電 話		
受ける人の氏名		男 生年	年	月 日生
保護者の氏名		女 月日	(満 歳 か月)	

質 問 事 項	回 答 欄	
本日おやお健康手帳を持ってこられていますか	はい ・ いいえ	
今日の予防接種は何回目ですか	今年はじめて ・ 2回目	
今日体に具合の悪いところがありますか	ある ()	な い
現在、何か病気でお医者さんにかかっていますか	かかっている・病名 () ・薬を飲んでいますか 飲んでいる ・ 飲んでいない	い ない
最近1か月以内に病気にかかったことがありますか	ある・病名 ()	な い
4週間以内に予防接種を受けたことがありますか	ある・予防接種名 ()	な い
今までにひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか	ある・回数 ()回 最後は 年 月頃	な い
薬や食品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ことがありますか	ある・薬、食品の名前 ()	な い
卵を食べて発疹が出たり、下痢をしたことがありますか	ある・ 年 月頃	な い
最近卵を食べることができますか	できる	できない
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	ある・予防接種名 () 年 月頃	な い
その他、健康状態のことで、お医者さんに伝えておきたいことがあれば、具体的に書いてください		
医師の記入欄 特記事項 () 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (可 ・ 不可) 接種医のサイン		

予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか (受ける ・ 受けない) 本人のサイン
(本人がサインできない場合)保護者のサイン

使用ワクチン名	接種部位	接種量	実施場所・医師名	
ワクチン名 インフルエンザHAワクチン Lot No.	左・右	(皮下接種) 0.25 0.5	実施場所 医師名 接種年月日	医療法人 こくま会 よしみつ小児科医院 吉 光 令和 年 月 日

※この予診票は、各医療機関において5年間保存とする。

説明者サイン	
--------	--

注意事項

- この予診票は、予防接種を受けるときに非常に大切なものですから、必ず上記の項目について、もれなく正しく記入してください。(太線の枠内を記入してください。)
- 記入はペン又はボールペンで、上記の表のあてはまるところに記入するか、○で囲んでください。
- まちがった記入のため事故がおこることもありますから、わからないことは医師にきいて必ず正しく書いてください。