

カルテ番号

インフルエンザ予防接種 予診票

任意接種用

住所			電話
受ける人		男 女	生年 月日
保護者名			歳 月

(前回の接種日 月 日)

1回目 6ヶ月～2歳 (0.25mL)	1回目 3～12歳 (0.5mL)	1回目 13歳以上 (0.5mL)
---------------------------	-------------------------	-------------------------

2回目 6ヶ月～2歳 (0.25mL)	2回目 3～12歳 (0.5mL)	2回目 13歳以上 (0.5mL)
---------------------------	-------------------------	-------------------------

今日の体温をご記入ください *体調が悪い方や体温が37.5℃以上ある方は接種できません	℃	
最近2週以内にインフルエンザの予防接種を受けましたか	はい	いいえ
最近4週以内に右の病気にかかりましたか (けいれん ひきつけ てんかん)	はい	いいえ
最近4週以内に周囲で右に罹った方がいますか (麻疹 風疹 水痘 おたふくかぜ)	はい	いいえ
予防接種を受けてはいけない特別な病気である、または近親者に先天性免疫不全の方がいる	はい	いいえ
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	はい	いいえ
予防接種を受け、強いアレルギー反応をおこしたことがありますか	はい	いいえ
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ
予防接種の効果・副反応・被害救済制度について理解し、接種を希望します。	本人(保護者)の署名	

ロットシール 左 上腕の皮下	接種の効果・副反応・被害救済制度について説明した。 問診・診察の結果、予防接種は可能と判断し接種した。
カルテスキャン用シール	クリニックかけはし 名古屋市中村区稲葉地町2-16-8 医師名： 横塚太郎 鬼頭哲太郎 印