

インフルエンザ予防接種 予診票 令和7・2025年度版

任意接種

住所		電話
(ふりがな)		男 ・ 女
氏名		生年 月日
		歳                      ヶ月

注射 1回目			注射 2回目			フルミスト
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)	1回のみ 2～18歳 (点鼻)
			前回 2025 (令7) 年                      月                      日			
			1回目から2週間以上あける必要があります			

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 How many degrees is your body temperature today?	℃ (37.5℃以上は接種不可)
最近4週以内に右の病気にかかった                      ( てんかん 麻しん 風しん 水痘 おたふくかぜ ) Have you ever had a seizure, measles, rubella, chickenpox of mumps in the past month?	はい                      いいえ Yes                      No
最近4週以内に右の病気に周囲で罹った人がいる                      ( 麻しん 風しん 水痘 おたふくかぜ ) Has your family or friend had measles, rubella, chickenpox of mumps in the past month?	はい                      いいえ Yes                      No
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 Have you or any of your relatives been diagnosed with a congenital immunodeficiency?	はい                      いいえ Yes                      No
医薬品や予防接種で強いアレルギー反応をおこしたことがある                      (                      ) Have you ever had an allergic reaction after receiving a vaccination?	はい                      いいえ Yes                      No
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。 I have understood the effects of vaccination and the possibility of serious side effects,	本人(保護者)の署名 Signature

注射 ロットシール 左                      上腕の皮下	フルミスト ロットシール 両鼻腔 0.1mLずつ噴霧	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： 横塚太郎 鬼頭哲太郎 田上和憲

