任意接種	インフルエンザ予防接種　予診票　令和8・2026年度版	

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

注射　１回目		
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）

注射　２回目		
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）
前回　2026（令8）年　　月　　日		
１回目から２週間以上あける必要があります		

フルミスト
１回のみ ２～１８歳 （点鼻）

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 Yes　いいえ 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 Yes　いいえ 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 Yes　いいえ 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 reection after receiving a vaccination?	はい Yes　いいえ 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