

# インフルエンザワクチン問診票

カルテ番号 \_\_\_\_\_ -9

太枠内をご記入下さい

(ふりがな) _____ 受ける人の氏名:	保護者氏名:
生年月日: 昭和・平成 年 月 日 ( 才 ヶ月)	

- 来院する直前に自宅で体温測定し、問診表にあらかじめ体温と質問事項を記入してから来院して下さい。
- おつりのないように準備してから来院して下さい。小学生以下1回3,000円、中学生以上1回4,100円
- 補助券、接種券のあるかたは必ず受付時に提出して下さい。

■ **ワクチン接種の時期**: 予防接種の効果が現れるまで約2週間、その効果の持続は約5ヶ月と考えられておりますので、流行の時期が1月～3月であることを考えると年内に1回は接種を済ませておくことが大切です。

■ **2回接種の場合の間隔**: 1回目と2回目の間隔は1～8週(4週がベスト)として下さい。従って、10月～11月中に1回目、11月～来年1月に2回目の接種をお勧めします。

■ **予約方法**: パソコン・携帯電話から予約して下さい

- ① 右記のアドレスにアクセス <http://www.0776678306.com/i/>
  - ② まずは登録する
  - ③ 予約する
  - ④ ご希望の日時(1回目と2回目)を選択します
  - ⑤ 予約完了の確認画面が表示されます
- 注意: 10月11日(水)までは予約画面は表示されません。



質問事項		
	今日の体温 _____	℃
これまでにインフルエンザになったことがありますか	はい	いいえ
インフルエンザワクチンをこれまでに受けたことがありますか	はい	いいえ
「はい」のかた: 受けた後に問題はありましたか	はい	いいえ
「はい(問題があった)」のかた: どうされましたか( )		
1ヶ月以内に予防接種はうけましたか(予防接種名: _____)	はい	いいえ
最近1ヶ月以内に水痘、おたふくなどの病気にかかりましたか	はい	いいえ
「はい」のかた: 病名( _____ )		
今までに「ひきつけ」をおこしたことがありますか ( _____ 才の時)	はい	いいえ
熱性痙攣、それ以外( _____ )		
薬・食品(卵など)のアレルギーはありますか	はい	いいえ
「はい」のかた: 何で( _____ , _____ 才の時)		
インフルエンザワクチン接種前に何か質問はありますか( _____ )	はい	いいえ
保護者の記入欄 予診の結果を聞いて今日の予防接種を受けますか	はい	いいえ
保護者の署名		
医師の記入欄 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は	可能	見合わせる
医師の署名		

使用ワクチンLot No