

インフルエンザワクチン問診票

カルテ番号

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:平成・令和 年 月 日(才 ヶ月)	

■今年はや予約制ではなく接種当日の先着順となります。午前枠10名程度、午後枠10名程度です。電話、ネットでの予約制ではありませんのでご注意ください。

■対象者: 1才～高校生まで(※成人は対象外)

■接種期間: 小学生以下 1回目 10月5日(月)～11月14日(土)

2回目 11月16日(月)～12月25(金)

中学生以上 10月5日(月)～

■定期予防接種と同時 希望者は同時接種します

■料金: 小学生以下1回3,000円、中学生以上1回4,200円。おつりのないようお願いします。補助券、接種券がある方は受付時に提出して下さい。

■受付時間: 午前9時から12時まで /午後3時から5時まで

受付にて用紙に氏名、年齢をご記入して下さい。

なお、予定人数に達しましたら受付は終了とさせていただきます。終了と同時にアイチケットでお知らせしますので確認のうえ来院下さい。電話でのお問い合わせはご遠慮下さい。

■記入済の問診票と母子手帳を忘れずにお持ち下さい。

来院前に自宅で測った
体温をお書き下さい。

質問事項		今日の体温 _____ °C
これまでにインフルエンザになったことありますか	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ありますか	はい	いいえ
「はい」のかた: 受けた後に問題がありましたか	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		

ワクチンLot No