

インフルエンザ ワクチン予防接種 問診票 (13歳未満)

※太枠内をご記入下さい

フリガナ		男	生年	平成・令和	年
接種者氏名		女	月日	月	日生 歳
(保護者氏名)					
住所				TEL	- -

質問事項	回答欄	
今までに大きな病気をして、現在も治療中ですか	はい	いいえ
(‘はい’の場合)その病気は何ですか：		
今までひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか	はい	いいえ
薬・食品で発疹や蕁麻疹が出たことがありますか	はい	いいえ
ご家族・ご親戚の方で免疫不全と診断された方はいますか	はい	いいえ
これまでの予防接種で具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ
6ヶ月以内に輸血・ガンマグロブリンの接種を受けましたか	はい	いいえ
卵アレルギーと言われたことがありますか	はい	いいえ
昨年から今年の春に、インフルエンザの予防接種を受けましたか	はい	いいえ
昨年から今年の春に、インフルエンザにかかりましたか	はい	いいえ
予防接種に関して、ご質問がありますか	はい	いいえ
4週間以内に予防接種を受けましたか	はい	いいえ
(‘はい’の場合)それは何ですか：		

1回目接種	R 年 月 日	診察前の体温	度 分
	今日、具合の悪いところがありますか	はい	いいえ
	(‘はい’の場合)具体的に： 本日の予防接種を受けますか	希望します ・ 希望しません	
	保護者の署名		

問診および診察の結果、本日の予防接種は (可能 ・ 見合わせる)			
Lot No.	摂取量	0.25 / 0.5ml 右・左 上腕	すばる子どもクリニック 小川俊一

2回目接種	R 年 月 日	診察前の体温	度 分
	今日、具合の悪いところがありますか	はい	いいえ
	(‘はい’の場合)具体的に： 1回目の接種後に、何か問題がありましたか	はい	いいえ
	本日の予防接種を受けますか	希望します ・ 希望しません	
保護者の署名			

問診および診察の結果、本日の予防接種は (可能 ・ 見合わせる)			
Lot No.	摂取量	0.25 / 0.5ml 右・左 上腕	すばる子どもクリニック 小川俊一

☆2回目接種時にも、この問診票を必ずご持参下さい

インフルエンザ ワクチン予防接種 問診票 (13歳以上)

※太枠内をご記入下さい

フリガナ		男	生年	昭和	平成	年
接種者氏名		女	月日	月	日生	歳
(保護者氏名)						
住所				TEL	-	-

質問事項	回答欄	
今までに大きな病気をして、現在も治療中ですか	はい	いいえ
(‘はい’の場合)その病気は何ですか：		
今までひきつけ (けいれん) を起こしたことがありますか	はい	いいえ
薬・食品で発疹や蕁麻疹が出たことがありますか	はい	いいえ
ご家族・ご親戚の方で免疫不全と診断された方はいますか	はい	いいえ
これまでの予防接種で具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ
6ヶ月以内に輸血・ガンマグロブリンの接種を受けましたか	はい	いいえ
卵アレルギーと言われたことがありますか	はい	いいえ
昨年から今年の春に、インフルエンザの予防接種を受けましたか	はい	いいえ
昨年から今年の春に、インフルエンザにかかりましたか	はい	いいえ
予防接種に関して、ご質問がありますか	はい	いいえ
今日、具合の悪いところがありますか	はい	いいえ
(‘はい’の場合)具体的に：		
4週間以内に予防接種を受けましたか	はい	いいえ
(‘はい’の場合)それは何ですか：		

本日の予防接種を受けますか	希望します ・ 希望しません
本人の署名 (20歳未満は、保護者の署名)	

問診および診察の結果、本日の予防接種は (可能 ・ 見合わせる)			
実施場所・医師名	すばる子どもクリニック 小川 俊一		
Lot No.	摂取量	0.5ml 右・左 上腕	接種年月日
			R 年 月 日

【保護者用】

インフルエンザ ワクチン予防接種 問診票

※太枠内をご記入下さい

フリガナ		男	生年	昭和・平成	年
接種者氏名		女	月日	月 日生	歳

質問事項	回答欄	
今までに大きな病気をして、現在も治療中ですか	はい	いいえ
('はいの場合)その病気は何ですか：		
薬・食品で発疹や蕁麻疹が出たことがありますか	はい	いいえ
これまでの予防接種で具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ
予防接種に関して、ご質問がありますか	はい	いいえ
今日、具合の悪いところがありますか	はい	いいえ
('はいの場合)具体的に：		

本日の予防接種を受けますか	希望します ・ 希望しません
署名	

問診および診察の結果、本日の予防接種は（ 可能 ・ 見合わせる ）					
実施場所・医師名	すばる子どもクリニック 小川 俊一				
Lot No.	摂取量	0.5ml	右・左	上腕	接種年月日 R 年 月 日