

インフルエンザワクチン接種問診票・同意書

★65歳以上の方は市町村の予診票がなければ
料金 ¥ 4000になります

ワクチンLot.No.	
皮下接種	0. 25ml ・ 0. 5ml

診察券番号	()・初 <small>診察券番号がわかる方は記入してください</small>	TEL	
フリガナ 受ける人の氏名	男・女	生年月日	大 昭 平 令 年 月 日
保護者氏名 <small>18歳未満の方のみ</small>		年齢	歳 ヶ月

令和 年 月 日	体温	℃
----------	----	---

質問事項	回答欄	
1、今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン何回目ですか？	1回目	2回目
①2回目の方→1回目はどこで予防接種を受けられましたか？	当院	他院
2、今までにインフルエンザ予防接種を受けた事がありますか？	いいえ	はい(他院・当院)
①その際に具合が悪くなった事がありますか？	はい()	いいえ
②その他の予防接種で具合が悪くなった事がありますか？	はい()	いいえ
3、現在何か病気にかかっている定期的に飲んでいる薬がありますか？	はい()	いいえ
4、今日、具合の悪いところがありますか？	はい()	いいえ
5、最近1か月以内に病気にかかりましたか？	はい()	いいえ
6、最近1か月以内に予防接種を受けましたか？	はい()	いいえ
7、薬や食品でじんましんが出た事がありますか？	はい()	いいえ
8、現在妊娠の可能性はありますか？もしくは授乳中ですか？	はい()	いいえ
9、会社等に請求する為の領収書は必要ですか？	はい	いいえ
①宛名が本人以外の場合は記入してください。	()	
10、会社(健康保険組合)からの補助券はありますか？	はい★保険証が必要	いいえ

40 ・ 35 ・ 30 ・ 25 ・ 20 ・ 15 ・ 10 ・ 5 カード PC入力 保口