インフルエンザワクチン接種申込票

接種日	年　月　日

今シーズン何回目の接種ですか？ １回目・２回目（今年度の１回目は　月　日）				体温 度　分
昨年のシーズンは接種しましたか？（いいえ・１回・２回）				
ふりがな 氏名		男・女	生年月日	S. H. R. 年　月　日生 満　歳　ヵ月

医師の診察説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で接種を希望します。

本人もしくは保護者の署名（　　）

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日からだに具合の悪いところがありますか 具合の悪い症状を書いてください（　　）	はい	いいえ	
最近１ヶ月以内に病気にかかりましたか **病 名　（　　）**	**はい**	**いいえ**	
１ヶ月以内に家族や遊び仲間に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか　病名（　　）	はい	いいえ	
１ヶ月以内に予防接種をうけましたか 接種日（　月　日）予防接種名（　　）	はい	いいえ	
生まれてから今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全、その他の病気)にかかり医師に診察を受けていますか 病名（　　）	はい	いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種をうけてよいと言われましたか	はい	いいえ	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか　（　）歳頃	はい	いいえ	
そのとき熱がでましたか	はい	いいえ	
薬や薬品で皮膚に発疹やじんましんが出るなど、体の具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
ご家族の中に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	はい	いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか 予防接種の名前（　　）	ある	ない	
家族に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか	はい	いいえ	
過去に輸血あるいは、ガンマグロブリンの接種を受けましたか	はい	いいえ	
現在妊娠していますか	はい	いいえ	

はやしクリニック