

全額自費用

料金（税込） 大人・小児 3740円

インフルエンザ予防接種問診票および同意書（1回目用）

*受診者が中学、高校生で接種当日保護者が同伴しない場合は、別紙「保護者同意書」が必要です。

患者さま記入欄 患者番号 _____ 実施予定日 20 年 月 日（ ）

| | | | |
|-------|-----|------|----------------|
| フリガナ | 男・女 | 生年月日 | 明治 大正 昭和 平成 令和 |
| 氏名 | | | 年 月 日（ 才） |
| 住所 | | | |
| 本日の体温 | 度 分 | 電話 | （ ） |

問診票

※日中連絡取れる電話番号をお教え下さい。

| 質問事項 | 回答 | 医師記入欄 |
|---|--------|-------|
| 今日、身体に具合の悪いところがありますか？ ・具合の悪い症状を具体的に（ ） | いいえ はい | |
| 1ヶ月以内に家族や近所で麻疹や水痘の患者さんがいましたか？ | いいえ はい | |
| この1ヶ月の間に予防接種を受けましたか？ ・予防接種名（ ） | いいえ はい | |
| 最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか？ ・病名（ ） | いいえ はい | |
| 通院中の病気はありますか？ ・病名（ ） | いいえ はい | |
| その病気を診ている医師に予防接種を受けて良いと言われましたか？ | いいえ はい | |
| この1年間にひきつけ(痙攣)を起こしたことがありますか？ | いいえ はい | |
| 卵アレルギーなどのアレルギーがありますか？ | いいえ はい | |
| 薬で副作用が出たことがありますか？ | いいえ はい | |
| 今まで予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか？ ・予防接種名（ ） | いいえ はい | |
| 今日の予防接種の効果や副反応などについて理解していますか？ | いいえ はい | |
| 今日の予防接種について何か質問はありますか？ | いいえ はい | |

| | | | | |
|-------|---------------------|----|---|-------|
| 医師記入欄 | 以上の問診票と診察で本日の予防接種は、 | 可能 | ・ | 見合わせる |
| | 医師サイン | | | |

| | |
|---------|---------------------------------------|
| 予防接種同意書 | 診察と別紙説明書の内容に同意し、インフルエンザワクチンの投与を受けますか？ |
| | はい ・ いいえ 本人（保護者）サイン |

| | | | |
|-------|-----------------|--------|----------|
| ワクチン名 | 接種量/皮下 | 接種年月日 | 20 年 月 日 |
| ロット番号 | 0.25ml 0.5ml | 実施者サイン | |

実施施設・小豆沢病院 板橋区小豆沢1-6-8 電話03-3966-8411