

# インフルエンザワクチン問診票

ID

年 月 日

フリガナ		性別	男・女
氏名			
生年月日	年 月 日	年齢	歳
住所	〒		
電話番号	自宅： - - 携帯： - -		
ご職業			

(1) 当院は初めてですか？ (はい・いいえ)

(2) 現在のお体の調子はいかがですか？ (良好・よくない) 本日の体温 ℃

\* よくないと答えた方は、具体的に教えてください。

(3) 現在、何か病気をお持ちですか？ (はい・いいえ)

\* はいと答えた方は、具体的な病名と内服薬を教えてください。(特に、喘息や蕁麻疹など)

(4) 過去に大きな病気をしたことがありますか？ (はい・いいえ)

\* はいと答えた方は、具体的な病名とその時の年齢を教えてください。

(5) 今までに、食べ物(特に卵や鶏肉)アレルギーや、薬アレルギーはありましたか？

(はい・いいえ・不明)

\* はいと答えた方は、細かく内容を教えてください。

(6) 今までにインフルエンザワクチンを受けたことがありますか？ (昨年・一昨年・それ以前・なし)

(7) 本日、医師の説明を受けて、インフルエンザワクチンの接種を受けられる方は、サインをお願いします。

氏名 \_\_\_\_\_

(15歳以下の場合) 保護者氏名 \_\_\_\_\_

会社宛での領収書が必要な方は、チェックを入れ、宛名をご記入下さい。 ( )

(ロット番号)

0.5ml 右・左 上腕に実施

HP用(2020.10月～使用可)