インフルエンザ予防接種予診(問診)票

※太枠内をご記入ください。

申し込み日（接種日）	年　月　日

ふりがな		男・女	健康保険組合･共済組合などに加入の方	
（受けられる方の）氏　名	殿		組合名	
			記号-番号	－
（受けられる方の）生年月日	昭･平・西暦　年　月　日（　歳　ヶ月）		会社団体名	

問　診　（接種を受ける方に関してお答えください）			医師記入欄
今日の体温をご記入ください。	度　分		
今日受けるインフルエンザ予防接種について説明文書を読んで理解しましたか。	いいえ	はい	
今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン初めてですか。	いいえ 前回接種日　年　月　日	はい	
最近１か月以内に予防接種を受けましたか。	はい	いいえ	
最近２週間以内に新型コロナウイルスワクチン接種を受けましたか。	はい	いいえ	
今日から２週間以内に新型コロナウイルスワクチン接種を受ける予定がありますか。	はい	いいえ	
今日、体に具合の悪いところはありますか。	はい 具体的に（　）	いいえ	
現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 ・その場合、治療（投薬等）を受けていますか。 上記病気の主治医から今日の予防接種を受けてよいといわれましたか。	はい（病名　） はい　いいえ はい　いいえ　不明	いいえ	
最近１か月以内に病気にかかりましたか。	はい（病名　）	いいえ	
これまでに心臓血管系、腎臓、肝臓、血液疾患、免疫不全症等の診察を受けたことがありますか。	はい （病名　）	いいえ	
これまでに間質性肺炎や気管支喘息等の呼吸器疾患と診断されたことがありますか。	はい（　年　月頃） 現在治療中　治療していない	いいえ	
これまでにけいれん（ひきつけ）を起こしたことがありますか。	はい（　回ぐらい） （最後は　年　月頃）	いいえ	
これまで薬や食品（鶏卵、鶏肉等）で皮膚に発疹が出たり、具合が悪くなったことがありますか。	はい （薬、食品名　）	いいえ	
近親者の中で予防接種で具合の悪くなった方はいますか。	はい　不明 （予防接種名　）	いいえ	
近親者の中で先天性免疫不全症と診断された方はいますか。	はい	いいえ	
最近１か月以内に家族や周囲で麻疹、風疹、おたふくかぜ等になった方はいますか。	はい （病名　）	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。	はい	いいえ	
（女性の方に）現在、妊娠中あるいは妊娠の疑いがありますか。	はい	いいえ	

説明文書を読んで、効果や副反応の可能性などを理解し、医師の予診（問診）を受診後に接種することを、

（　希望します　・　希望しません　）

本人のご署名：

住所	〒　－ ☎　（　）

以下の欄は記入しないでください。

指示	注射の可否　（　可　・　禁　）		0．5mℓ
	医師名		
ワクチン	LOT.No.	製造年月日	令和　年　月　日

〒102－0094　東京都千代田区紀尾井町4－1
ホテルニューオータニ ガーデンタワー2階

一般財団法人 健康医学協会
霞が関ビル診療所 東都クリニック