

一般（3歳以上）

NO. _____

金額 _____

インフルエンザ予防接種（1回目） 問診票

ID（わかる場合）	*太枠で囲まれた部分の記載をお願いします。		
接種者氏名	(フリガナ)		
	男・女		
保護者のサイン (未成年の場合)			
生年月日	大正・昭和・平成	年	月 日生 (歳)
住所	〒 _____ 鎌倉市・横浜市・()市		
電話番号	() _____		

1	本日の体温	℃	
2	1ヶ月以内に予防接種を受けましたか？ 「はい」とお答えの方は予防接種名を記載してください。 [_____]	はい	いいえ
3	以前、インフルエンザの予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか？「はい」とお答えの方は症状などを詳しく教えてください。 [_____]	はい	いいえ
4	ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか？	はい	いいえ
5	ワクチンの接種に関して医師に何か質問がございますか？ 「はい」とお答えの方は質問事項を記入してください。 [_____]	はい	いいえ
6	本日の体調に不安はありますか？	はい	いいえ

7	当院で接種を受けようと思ったきっかけは何ですか？（複数回答可）		
	HPを見て・案内はがきを見て・LINEを見て・その他 (_____)		
8	来年以降、インフルエンザ接種時期が近づきましたら、接種のご案内をお送りしてもよろしいでしょうか。	はい	いいえ

※駐車場は提携しているタイムズをご利用ください※
詳しくはホームページをご覧ください

実施場所 神奈川県鎌倉市大船2-26-10
信愛クリニック
電話番号 0467-48-6678

使用ワクチン Lot. _____
接種量： 0.5ml
(3歳以上)



MLA	DSカルテ

医師確認	接種者	会計担当