



小学生以下

インフルエンザ予防接種（1回目） 問診票 兼 申込書

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
住所	〒 -		
電話番号	() -		

1	接種日の年齢	歳	
2	本日の体温	℃	
3	今年10月以降に信愛クリニックでインフルエンザの予防接種を受けるのは何回目ですか？	1回目・2回目	
4	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
5	1ヵ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか？ 「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
6	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
7	アレルギーがありますか？ 「はい」とお答えの方は何のアレルギーかを教えてください。 にわたりの肉や卵 ・ 花粉症 ・ その他 ()	はい	いいえ
8	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
9	本日の体調に不安はありますか？	はい	いいえ
10	心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患にかかったことがありますか？「はい」とお答えの方は病名を記入して下さい。 []	はい	いいえ
11	ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか？	はい	いいえ
12	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・去年も接種したから・家族や知人の紹介・看板を見て		
13	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

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 ・ 0.25ml
(3歳以上) (1歳～2歳)



ORCA登録	DS入力

医師確認	接種者	会計担当

