

インフルエンザ予防接種 問診票

診察券番号（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 (18歳未満の場合)			
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月 日生 (歳)
住所	〒 - 鎌倉市・横浜市・()市		
	※鎌倉市在住の65歳以上の方は専用の問診表にご記入ください。		
電話番号	()	-	

1	本日の体温	℃	
2	今シーズンインフルエンザ予防接種は何回目ですか？	1回目	2回目
3	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
4	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
5	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
6	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
7	本日の体調に不安はありますか？	はい	いいえ

使用ワクチン Lot. _____

接種量： 0.5ml
(3歳以上)

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

接種日： _____

会計サイン			
現金	カード	医師サイン	看護師サイン

MLA	DSカルテ	HOPE