

【経鼻】インフルエンザ予防接種 予診票

※ 太枠内をご記入ください

(ふりがな) 受ける人のお名前		男 ・ 女	生年 月日	昭・平・令 年 月 日 (歳)		
電話番号	- -					
住所	〒 - -			体温 度 (当日 院内で測定します)		

質問事項	回答欄		医師記入欄
1. 普段と違って具合の悪いところがありますか ()	はい	いいえ	
2. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか ()	はい	いいえ	
その病気について予防接種を受けても良いと言われましたか	はい	いいえ	
3. 今までに重度の喘息などの呼吸器疾患と診断されたことがありますか	はい	いいえ	
4. 今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液疾患、免疫不全、その他)にかかったことはありますか ()	はい	いいえ	
その病気について予防接種を受けても良いと言われましたか	はい	いいえ	
5. 近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか	はい	いいえ	
6. 薬や食べ物でアレルギーが出たことはありますか 具体的に ()	はい	いいえ	
7. 今までにひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか	はい	いいえ	
8. 今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 具体的に ()	はい	いいえ	
9. 妊娠していますか(女性の方のみお答えください)	はい	いいえ	
10. その他、ご要望・ご質問・伝達事項などあればご記入ください			

予防接種の効果や副反応などについて理解・同意した上で、接種を希望しますか	
(希望します ・ 希望しません) ご本人(もしくは保護者)のサイン	
※ 13歳～17歳のお子さんで当日保護者の方が同席できない場合は、上欄に保護者の方のサインが必要です	

以上の問診・診察の結果、今日の予防接種は (可能 ・ 見合わせる)	医師サイン
--	-------

ワクチン名	接種量・部位	接種場所・医師名・接種日時
フルミスト® 点鼻液	点鼻 0.2mL噴霧 (各鼻腔内0.1mL噴霧)	東京都町田市旭町1-24-1 ままともプラザ町田2階 うみまちこどもクリニック Tel 042-724-0192 医師：大谷 岳人 年 月 日