インフルエンザ予防接種(1回目)問診票　兼　申込書

※この問診票は梶の木内科医院専門です。ほかの医療機関では使用できません。

☆2025 年10月以降のインフルエンザ予防接種は梶の木内科医院で何回目ですか？	1回目	2回目

※接種に同意される方は、二重線で囲まれた部分を漏れがないようにご記入ください。 **※体温は当院で測定させて頂きます。**

ID(わかる場合)			**当日の体温**
接種者氏名 (本人署名)	(フリガナ)	男 ・ 女	℃
保護者のサイン (18歳未満の場合)			**接種日の年齢**
生年月日	大正・昭和・平成・令和　　年　　月　　日生		歳
住所	〒		
電話番号	(自宅)　　(携帯)		

	回答欄	
★本日体に具合が悪いところはありますか？ 「「はい」とお答えの方は、症状を記載してください。」	はい	いいえ
★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」とお答えの方は病名を教えてください。」	はい	いいえ
★現在、何らかの病気にかかって、治療(投薬など)を受けていますか？ 「「はい」とお答えの方は、症状や病名、薬の名前を記載してください。」	はい	いいえ
★以前、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
★薬や食品でアレルギーがでたり、具合が悪くなったことがありますか？ 「「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。」	はい	いいえ
★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
★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
★【12歳以下の方】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載してください。	はい	いいえ
★【12歳以下の方】 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
★体調に関して気になるものが下記の中でございましたら〇をつけてください 胃が痛い　よく眠れない　いびきが大きい　花粉症がある　便秘がち　食欲がない　血圧が高い　血糖が高い コレステロールが高い　皮膚がかゆい　その他(　　)		

領収書

必要□　不要□

※領収書の再発行は出来ませんのでご了承下さい。

使用ワクチン名	用法・用量	接種場所・医師名・接種者名・日時
名称:インフルエンザ HA ワクチン 製造番号:	皮下接種 0.5ml　・　0.25ml (3 歳以上)　(6 か月～2 歳)	医療機関名:梶の木内科医院 医師名:　　接種者名: 接種日時:令和　年　月　日