



インフルエンザ予防接種予診票 <成人用>

接種費用 1回目 3,500円(当院にて2回目 3,000円)

○を付けて下さい → 初回接種 ・ 2回目接種

自費用

*太枠内にご記入下さい。

*接種期間:2018年10月22日~2019年1月31日またはワクチンがなくなり次第終了となります。

住所	〒 _____		診察前の体温	_____	度	分
フリガナ	_____	男	TEL	_____	_____	_____
受ける人の氏名	_____	女	生年	昭和・平成	_____	_____
			月日	年	月	日生(満 歳)

質問事項	回答欄		医師記入欄
今日受けるインフルエンザの予防接種についての説明文を読んでも理解しましたか	いいえ	はい	
今日、体に具合の悪いところがありますか 具体的に(_____)	はい	いいえ	
現在、何らかの病気、あるいは1ヶ月以内に病気にかかりましたか 病名(_____) ・治療(投薬)を受けていますか ・その病気の主治医には予防接種を受けてもよいと言われましたか	はい はい・いいえ はい・いいえ	いいえ	
今までに特別な病気(心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患、免疫不全症、気管支喘息等、その他の病気)にかかったことがありますか	はい / 病名 (_____)	いいえ	
近親者に先天性免疫不全と診断された方がいますか	はい	いいえ	
薬や食品(特に鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発疹やじんましんができた り、体の具合が悪くなったことがありますか	はい / 薬・食品名 (_____)	いいえ	
今までに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか ワクチン名・症状(_____)	はい	いいえ	
1ヶ月以内に予防接種を受けましたか	はい ワクチン名(_____)	いいえ	
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか	はい	いいえ	
1ヶ月以内に家族や周囲で麻疹(はしか)、風しん、水痘(みずぼう そう)、おたふくかぜなどの病気の方がいましたか	はい	いいえ	
(女性の場合)現在妊娠している可能性がありますか	はい	いいえ	
その他、健康状態のこと、医師に伝えておきたい ことがあれば、具体的に書いて下さい。			
医師の診察、説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で接種を希望します			
本人の署名 : _____			
(自署できないものは代筆者が署名し続柄を記載)			

【医師の記入欄】

問診及び診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる) 本人に対して予防接種の効果、副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基づ く救済について説明しました			医師のサイン
使用ワクチン/Lot.No	接種量	接種年月日	実施場所・医師名
	0.5ml	年 月 日	医療機関名:土浦ベルリククリニック TEL:029-835-3002 医療機関住所:〒300-0062 土浦市都和4丁目4022-2 医師名: