インフルエンザワクチン予診票（成人用）（大学生以上）

診察前の体温	度　分

接種を受ける方の氏名（　　）　男・女　生年月日　ＭＴＳＨ　年　月　日（　歳）	
（本人が書けない場合に記入）　家族･保護者等の氏名（　　）　（本人との関係（　））	
接種を受ける方の住所　（　　区　　）TEL（　　）	

以下の質問の答えに当てはまる方を〇で囲み、＊を囲まれた方は内容を記入してください。

今日、体に具合の悪いところがありますか？	いつもと変わらない
＊具合の悪いところを書いてください（　　）	＊具合が悪いところがある
現在病気で診療を受けていますか？	＊はい　いいえ
＊病名、薬の名前（　　）	
最近１ヶ月以内に病気にかかりましたか？	＊はい　いいえ
＊具合の悪かったところ、病名　（　　）	
家族や周囲でカゼ、その他のうつる病気の人はいますか？	＊はい　いいえ
＊どこで（　　）、病名（　　）	
食べ物や薬で蕁麻疹や発疹が出たり、具合が悪くなったことがありますか？	＊はい　いいえ
＊いつ（　　）、原因は（　　）	
これ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？	＊はい　いいえ
＊いつ（　　）、　予防接種名（　　）	
家族に予防接種を受けて具合が悪くなった方がいますか？	＊はい　いいえ
＊だれが（　　）	
インフルエンザワクチンについて質問がありますか？	＊はい　いいえ
＊質問内容（　　）	

最近、インフルエンザワクチンを受けましたか？	＊はい（毎年受けている　昨年　一昨年　）　いいえ
昨年はインフルエンザワクチンを受けましたか？	＊はい　（１回　２回） ＊いいえ　（ぜひ受けたかったがワクチン不足で受けられなかった） （あれば受けたかもしれない）（受けるつもりはなかった） （その他　　）

診察の結果に問題がなければ接種を受けますか？	＊はい　いいえ
	＊本人（家族・保護者）の署名（フルネームで）（　　）

ワクチンメーカー（　　） Lot No.	接種量 0.5 ml	接種年月日	実施場所　宇南山小児科医院 医師名　宇南山 貴男