

インフルエンザワクチン問診表

	接種日(西暦)	年	月	日
被接種者氏名(ローマ字)	性別	生年月日(西暦)		
	男・女	年	月	日
ご希望のインフルエンザワクチン 注射 / 点鼻 (2-17歳のみ)				
1. 本日の体温は何度ですか			°C	
2. からだの悪いところがありますか	はい		いいえ	
3. 現在服用中の薬はありますか <small>内服中の薬名</small>	はい		いいえ	
4. 最近、病気にかかったことがありますか <small>いつ頃ですか 病名</small>	はい		いいえ	
5. 過去に予防接種で副作用がでたことはありませんでしたか <small>予防接種名 症状</small>	はい		いいえ	
6. 1ヶ月以内に予防接種を受けたことがありますか <small>予防接種名 時期</small>	はい		いいえ	
<small>女性の方のみお答えください</small>				
7. 現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性はありますか	はい		いいえ	
8. 卵・鶏肉に対してアレルギーがありますか	はい		いいえ	
9. 薬に対してアレルギーがありますか <small>薬品名 症状</small>	はい		いいえ	
10. その他、アレルギーはありますか <small>原因 症状</small>	はい		いいえ	
11. けいれんを起こしたことがありますか	はい		いいえ	
12. 喘息を起こしたことがありますか	はい		いいえ	
<p>JAPAN GREEN MEDICAL CENTRE 殿</p> <p>医師の診察・説明を受け、予防接種の必要性を理解し、効果やそれに伴う副反応(副作用)も十分に理解した上で同意し予防接種を希望します。</p> <p style="text-align: center;">予防接種を受ける方の 氏名</p> <p style="text-align: center;">ご住所</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p style="text-align: center;">ご署名</p> <p style="text-align: center;">日付 年 月 日</p> <p style="text-align: right;"><small>被接種者が16歳未満の場合、 親権者様をご署名下さい</small></p>				

Brand name, Lot number:

Dose:

Site:

Expiry date:

Dr signature:

Fluenz チェックリスト (2歳-17歳)			
		接種日(西暦)	年 月 日
被接種者氏名(ローマ字)	性別	生年月日	
	男・女		年 月 日 (歳 ヲ月)
該当する項目を○で囲んでください			
1	以下のものについてアレルギーがありますか 「はい」の場合該当する項目に✓をつけて下さい	はい	いいえ
	<input type="checkbox"/> 卵または卵のたんぱく質 <input type="checkbox"/> ゲンタマイシン <input type="checkbox"/> ゼラチン (Porcine, TypeA) <input type="checkbox"/> スクロール (シヨ糖) <input type="checkbox"/> リン酸水素ニカリウム <input type="checkbox"/> リン酸水素カリウム <input type="checkbox"/> 塩酸アルギニン <input type="checkbox"/> グルタミン酸ナトリウム一水和物 <input type="checkbox"/> 注射用水		
2	免疫不全の状態にありますか	はい	いいえ
3	免疫不全の状態にある方に接触する機会がありますか	はい	いいえ
4	重い喘息症状や喘鳴 (ヒューヒュー音) の症状がありますか	はい	いいえ
5	サリチル酸系のお薬を服用中ですか (例: アスピリンなど)	はい	いいえ
6	妊娠中または授乳中ですか	はい	いいえ
7	抗インフルエンザ薬を内服中ですか	はい	いいえ
8	ひどい鼻づまり、または鼻水の症状がありますか	はい	いいえ
ご署名			
被接種者が16歳未満の場合は親権者様にご署名下さい			