

記入日	令和 年 月 日	診察前の体温	度 分
本人氏名		生年月日	性別 男 ・ 女
保護者氏名	(未成年者(既婚者を除く)の場合、こちらも記入)	昭和・平成・令和 年 月 日生 ( 歳 カ月)	
住所	〒	電話	

質問事項	回答欄	
① 今日受ける予防接種についての説明文を読みましたか。	いいえ	はい
② 今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン何回目ですか。 2回目の接種の方 → 1回目接種日 ( 月 日)	回目	
③支払方法 現金 ・ 現金以外		
④ 今日体の具合の悪いところがありますか。あれば、その症状をお書き下さい。 ( )	はい	いいえ
⑤ 最近一ヶ月以内に病気にかかりましたか。( ) ※2週間以内に新型コロナ・水痘・おたふく・突発性発疹などの感染症に感染した方は接種できません。	はい	いいえ
⑥ 生まれてから今までに特別な病気(先天性異常・心臓・腎臓・脳神経・免疫不全症・その他)にかかり、医師の診察を受けていますか。 病名( )	はい	いいえ
その病気の主治医に今日の予防接種を受けても良いといわれましたか。	はい	いいえ
⑦ 薬や食品(鶏肉、鶏卵など)でアレルギー症状が出たことがありますか。	はい	いいえ
⑧ これまでに予防接種をうけて具合が悪くなったことがありますか。 予防接種名( )	はい	いいえ
⑨ 6ヶ月以内に輸血、あるいはガンマグロブリンの投与を受けましたか。	はい	いいえ
⑩ 妊娠可能な方に、現在、妊娠していますか。	はい	いいえ
⑪ 今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ

本人記入欄(未成年者(既婚者を除く)の場合は保護者)

医師の診断・説明を受け予防接種の効果や目的、副反応の可能性などについて理解した上で接種することに  
( 同意します ・ 同意しません )

署名 (代筆者の場合：続柄 )

医師記入欄

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は ( 実施できる ・ 見合わせた方がよい)  
本人(及び保護者)に対して、予防接種の効果・副反応の可能性について説明しました。

ワクチン	Lot No	実施場所 : まつむらこどもクリニック
接種部位	皮下接種 m l (右・左)	医師名 : 接種年月日: 令和 年 月 日