

フルミスト(経鼻インフルエンザ)問診票

ID NO,	
--------	--

住所			診察前の体温	℃
フリガナ		男・女	生年月日	年 月 日
受ける人の氏名				(歳 ヶ月)
保護者の氏名		電話番号		()

下記の質問事項を読んで黒のボールペンでお書きください(○で囲む、または具体的に記入してください)

フルミストについての説明を全て読み、その内容について理解しましたか	はい	いいえ	
今までインフルエンザワクチンを受けたことはありますか	はい	いいえ	
今日、具合の悪いところがありますか 具体的な症状()	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか 病名()	はい	いいえ	
最近、4週間以内に予防注射を受けましたか 接種日(/) 接種名()	はい	いいえ	
生まれてから今までに心臓血管系、腎臓、肝臓、免疫不全症、その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか 病名()	はい	いいえ	
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けて良いと言われましたか	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんま疹が出たり、体の具合が悪くなったことがありますか 薬・食品名()	はい	いいえ	
これまでに予防接種で具合が悪くなったことはありますか 予防接種名()	はい	いいえ	
今までにひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか (歳頃)	はい	いいえ	
風邪などの時に強くゼイゼイ(喘鳴)したことがありますか	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか 具体的に()	はい	いいえ	

医師記入欄	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) 医師署名
-------	---

本人(保護者)記入欄	医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応、補償制度などについて理解した上で 接種を希望します 希望しません		
	2020年 月 日	本人もしくは保護者署名	