

※ 65歳以上の方は、1回のみ市より補助が出ますので専用の問診票になります。

この問診票には記入せず、専用の問診票に記入して下さい。

専用の問診票は、鎌ヶ谷市・松戸市・柏市の方は当院に問診票があります。

その他の市(船橋市・白井市など)の方は、ご自身で市よりもらい、記入の上、ご持参して下さい。

※ 接種の際は、診察券(お持ちの方)と保険証(65歳以上の方のみ)をお持ち下さい。問診票が足りない場合はコピーしたもので結構です。

平成 年 月 日

# インフルエンザ 任意予防接種問診票

¥2,500(税込)

今日の体温	
度	分
来院前にできるだけ計測し、記入してきて下さい。	

フリガナ		生年月日	大正	年	月	日
氏名	男・女		昭和			
住所	〒	電話番号	平成		(	才)

## 全員の方への問診

1	今、普段と違って何か具合の悪いことがありますか。 (具体的な症状: )	はい	いいえ
2	半年以内にけいれん(ひきつけ)を起こしたことはありますか。 *「はい」の方 熱性けいれんですか。	はい	いいえ
3	卵・鶏肉のアレルギーがありますか。	はい	いいえ
4	インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。 ① その際具合が悪くなったことはありますか。 ② インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか。	はい	いいえ
5	今までにインフルエンザの予防接種を止められたことがありますか。	はい	いいえ
6	1ヶ月以内にインフルエンザ以外 <small>以外</small> の予防接種を受けたことがありますか。 (予防接種名: 接種日: 月 日)	はい	いいえ

## 女性の方

妊娠していますか。 ( 週目)	はい	いいえ
--------------------	----	-----

※16週未満の方は主治医の確認が必要です。

## 小児(6ヶ月~12歳)

13歳未満ですか。	はい	いいえ
-----------	----	-----

3歳未満	0.25ml	
3歳以上	0.5ml	

本日不適