

インフルエンザ予防接種予診票

★東振協利用券は保険証もご提示が必須です

企業名領収書宛名()

本日の 体温	度	検温時間 時 分
-----------	---	-------------

本日 37.5 度以上方は、予防接種を受けることができません

フリガナ お名前	生 年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日	男 女
つづく医院が全く初めての方は連絡先のご記入をお願いいたします			
ご住所	〒		
ご連絡先	① ②		

※急なご体調確認等ご連絡が付く番号を出来るだけ複数ご記入をお願いします

質 問 事 項	ご回答		医師記入欄
① 1ヶ月以内に予防接種を受けましたか？	いいえ	はい (予防接種名:)	
② この1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか？	いいえ	はい ↓ わかれれば病名を記載ください (病名:)	
③ 現在、体に具合の悪いところがありますか？ また現在何かの病気で医師にかかっていますか？	ない	ある (具体的に:) お薬を飲んで(いる いない)○印	
④ 薬や食品(特に卵、鶏肉)で発疹やじんましんが出たり、体調が悪くなったことがありますか？	ない	ある (薬/食品名を記載ください)	
⑤ 今までに特別な病気(心臓血管系、腎臓・肝臓・血液疾患・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？	いいえ	はい(病名)	
⑥ これまでに予防接種を受けて特に具合が悪くなったことがありますか？	いいえ	はい(症状:) (予防接種名:)	
⑦ その他、医師に伝えておきたい体の健康状態があれば具体的に記入ください			

以下もお読みください

【ワクチンの効果と副反応】

予防接種により、インフルエンザ感染を予防したり、症状を軽くすることができます。またインフルエンザによる合併症や死亡を予防することが期待されます。

予防接種の痕が赤くなったり、腫れたり、痛んだりすることがあります。また微熱・寒気・だるさなどがみられることもありますが、通常は 2～3 日のうちに治まります。症状がひどい場合は医師に相談ください。

【ワクチン接種後の注意】

▲接種後 30 分は、急な副反応が起きることがあります。異常な症状が出た場合は、医師に相談ください。

▲接種当日の入浴は差し支えありませんが、注射した部位をこすることはやめましょう。

▲接種当日は、激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。

待合の密を避けるため
3名様以上の同伴は
お避け下さい

つづく医院 TEL03-3666-1687 休診日: 木日祝日終日 & 土曜午後
接種時間 月・火・水・金 10:00~13:00, 14:30~17:30 土 10:00~13:00

★接種受付終了は、各時間の 15 分前となります

クリニック記入欄

以上の結果 今日の予防接種は 可能 / 見合わせる

使用ワクチン	Lot No.	用量・用法	接種場所・医師名・日時
インフルエンザ HA ワクチン		0.5ml 皮下接種 右・左 上腕	場 所: つづく医院 医師名: 津布久 裕 日 時: 令和 年 月 日