## インフルエンザワクチン予診票

2016 年度シーズン版 南長池診療所専用用紙

※こちらの予診票は他の医療機関では使用できません

- ●下の 太枠内 にあらかじめ記入し、予診(問診)に提出してください。
- ●組合員 3,000 円(3 歳未満 2,600 円) その他 4,200 円(3 歳未満 3,600 円) 組合員料金での利用には組合員証の提示が必要です。ご用意ください。
- この用紙は65歳未満の方専用の問診表となっております。長野市にお住まいで 65歳以上の方は別の問診表となります。(受付で受け取って下さい)

| 接種日  | 平成      | 年   | 月 | 日 | 体温                | $^{\circ}\!$ |    | r月から 2 崩<br>遠以上(0.5cc |     |  |
|------|---------|-----|---|---|-------------------|--|----|-----------------------|-----|--|
| ふりがな |         |     |   |   | 生年月日              |  | 年齢 | 歳(                    | ヶ月) |  |
| 名 前  |         |     |   |   | いずれかに○をお願いします     |  |    |                       |     |  |
|      |         |     |   |   | 医療生協組合員(家族も) ・ 一般 |  |    |                       |     |  |
| 保護者名 | にどもの接種時 | のみ) |   |   | 電話番号:             |  |    |                       |     |  |

| ◆以下の質問に                   |                                   | 〇で選択  |                          | 詳糸       | 田をご記入ください |  |  |  |  |
|---------------------------|-----------------------------------|-------|--------------------------|----------|-----------|--|--|--|--|
| 現在、治療□                    | 中か通院中の病気はありますか?                   | なし    | あり                       |          |           |  |  |  |  |
| 治療や通院を                    | としていないけれども具合がわるい症状は?              | なし    | あり                       |          |           |  |  |  |  |
| 最近1週間以                    | 以内に予防接種をうけたことはありますか <b>?</b>      | なし    | あり                       |          |           |  |  |  |  |
| 最近1か月り                    | 以内のインフルエンザ以外のワクチン接種は?             | なし    | あり                       |          |           |  |  |  |  |
| いままでに                     |                                   | なし    | あり                       |          |           |  |  |  |  |
| その他、くっ                    | 上りや食物のアレルギーはありますか?                | なし    | あり                       |          |           |  |  |  |  |
| 6ヶ月以内に                    | - 輸血・ガンマグロブリンの注射をうけたことは?          | なし    | あり                       |          |           |  |  |  |  |
| 【小児のみ】                    | ひきつけ(けいれん)をおこしたことは?               | なし    | あり                       |          |           |  |  |  |  |
|                           | Av stup har sultatur fall as to a | 初回    |                          | 2回目 [1回目 | 月 日]      |  |  |  |  |
|                           | 今シーズンのインフルエンザワクチンは何回目ですか?         |       | *2回目接種は初回後2週以上あける必要があります |          |           |  |  |  |  |
| 【女性のみ】                    | 現在、妊娠している可能性はありますか?               | なし あり |                          | 妊娠中(     | ヶ月)       |  |  |  |  |
| その他の質問など(自由記入)            |                                   |       |                          |          |           |  |  |  |  |
|                           |                                   |       |                          |          |           |  |  |  |  |
| 医師の問診/診                   | 察の結果、接種が可能と判断されたら予防接種を            |       |                          |          |           |  |  |  |  |
| うけることを希望しますか。(希望する場合は署名を) |                                   |       | い                        | 署名:      |           |  |  |  |  |

<医師記入欄>

医師の署名(サインまたは印鑑)

問診・診察の結果、予防接種が可能と判断し接種します。