令和８度小島クリニック　コロナ・インフルエンザ予防接種予診票

診察前の体温	℃

住所	（〒　　－　　） 電話番号			
(ﾌﾘｶﾞﾅ) 受ける人の氏名		男 女	生年月日	昭和・平成 年　月　日 (満　　歳)
保護者の氏名				

質　問　事　項	回答欄		医師記入欄
現在、何か病気にかかって定期通院していますか 病名（　　） 治療（投薬など）を受けていますか	はい はい	いいえ いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいといわれましたか	はい	いいえ	
今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください　（　　）	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に、コロナ感染、インフルエンザ、麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜ等の病気にかかりましたか 病名（　　）	はい	いいえ	
最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類（　　日付　　月　　日）	はい	いいえ	
コロナ・インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか	はい	いいえ	
その際に具合が悪くなったことはありますか	はい	いいえ	
コロナ・インフルエンザ以外の予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類（　　）	はい	いいえ	
ニワトリの肉や卵などにアレルギーがありますか	はい	いいえ	
薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ	
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	
そのとき熱が出ましたか	はい	いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか	はい	いいえ	

医師の記入欄
以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は　（　可能　・　見合わせる　）
本人または保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について説明をした。
医師署名又は記名押印　小島　時昭

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性などについて理解した上で、
接種を希望しますか？　（　接種を希望します　・　接種を希望しません　）
令和　　年　　月　　日　本人・保護者自署

ワクチンメーカー名、ロット番号	実施場所．医師名．接種年月日
メーカー名 Lot No.	実施場所　小田原市西酒匂3－4－9　小島クリニック 医師名　小島　時昭 接種年月日　令和　　年　　月　　日