

インフルエンザ予防接種（6ヶ月-2歳） 問診票 兼 【割引】申込書

※この割引問診票はおがたファミリークリニック専用です。

※この問診票はコピーしてご友人にお配りいただいてもお使いいただけます。

※二重線で囲まれた部分をもなくご記入ください。

ID (わかる場合)			【接種量】0.25ml	当日の体温
接種希望者 氏名	(フリガナ)		男 ・ 女	℃
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和	年	月	日生
住所	愛知県			
電話番号	() -	未成年の場合 保護者のサイン		

		解答欄	
		1回目	2回目
★今シーズン10月以降、インフルエンザ予防接種はおがたファミリークリニックで何回目ですか？			
★1ヶ月以内に、予防接種をされましたか？ 「はい」の場合は予防接種名を記載してください []		はい	いいえ
★本日の体温は37.5℃以上ですか？		はい	いいえ
★以前、インフルエンザ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？ (ある方は症状などを詳しくおしえてください。)		はい	いいえ
★アレルギーがありますか？ 「はい」と答えた方、何のアレルギーですか？ ☐ にわとりの肉や卵 ☐ 花粉症 (☐ その他)		「はい」に該当する場合、必ず医師に接種が可能かどうか、確認してください	はい いいえ
★ワクチン接種に関して医師に何かご質問がございますか？ (「はい」とお答えの方)		はい	いいえ
★本日の体調に不安はありますか？		はい	いいえ
★体調に関して気になるものが下記の中でございましたら○をつけてください。 咳が止まらない 鼻水が止まらない 頭痛 だるい いびきが大きい 食欲がない 胃の調子が悪い 下痢がち お腹が張る 便秘がち よく眠れない 胸が重苦しい 血圧が高い 血糖が高い コレステロールが高い その他 ()			

【アンケート】 よろしければ、おがたファミリークリニックで接種いただいた理由を教えてください。
 あてまるものに○をつけてください。（複数回答可）
☐ 針が細いから ☐ 待ち時間が少ないから ☐ 通院しているから ☐ 紹介されたから ☐ 近いかから ☐ 問診票が自宅で印刷できるから
☐ 料金が安いから ☐ 割引があったから その他 ()

使用ワクチン名 インフルエンザHAワクチン
 Lot.
 接種量 0.25ml

実施場所 名古屋市守山区緑ヶ丘107
 おがたファミリークリニック
 電話番号 052-768-6093

接種日	20	年	月	日
医師確認	接種者	会計担当	領収確認	



おがたファミリークリニック 医療法人 Acofelliz

