

# 問 診 表

大人用 インフルエンザ

記入日 年 月 日

ふりがな	男 女	生年月日 昭和・平成 年 月 日 (才)
お名前		住 所 〒
		電話番号

以下の該当する項目に記入または○印でお答えください

今までに入院や手術をしたことがある方、または現在治療中の病気があればご記入ください
何かアレルギーはありますか ある方は、何のアレルギーかご記入ください ない ある ⇒
常用しているお薬はありますか ある方は、服薬中のお薬をご記入ください ない ある ⇒
本人、近親者で薬の副作用が出たことはありますか ある方は、薬名とその時の症状をご記入ください ない ある ⇒

女性の方は、以下の該当する項目にも記入または○印でお答えください

現在妊娠中または妊娠疑いがありますか ない 妊娠中 妊娠の疑いがある ↓ 妊娠中の方は次の項目にもお答えください
産科から他院でインフルエンザの予防接種をしても問題ないと許可されていますか <u>※妊娠初期や産科に許可されていない場合は、安全性を考慮し接種をしておりません</u> 許可をもらった 未確認
現在（予防接種当日時点）の週数をご記入ください 週 日

その他、予防接種前に医師に伝えておきたいことがあればご記入ください
-----------------------------------

ご記入ありがとうございました