

# 花粉症予防注射 問診票・同意書

太線内をボールペンで記入してください。

体温	度 分
----	-----

住 所	(〒 - )		
ふりがな 氏 名	TEL		
	男・女	昭和 年 月 日生 平成 (満 歳)	
(保護者氏名)			

質問事項	回答欄		医師欄
1. 花粉症予防注射について医師の説明を受け その内容に関して十分にご理解いただけましたか？	いいえ	はい	
2. 最近、普段と違って体調がすぐれない、何らかの感染症 (カゼや腸炎などを含む)があると診断されたことがありますか？	はい (具体的に)	いいえ	
3. 現在、何らかの病気で医療機関を受診していますか？ もしくは、何かお薬をお飲みになられていますか？	はい (病名・薬)	いいえ	
4. 今までに、肥満・高血圧・高脂血症・糖尿病・血栓症・心筋梗塞 胃潰瘍・骨粗しょう症・緑内障・白内障・精神疾患・がん と診断されたことがありますか？ 他にも、何か大きな病気をされたことはありますか？	はい (病名)	いいえ	
5. 薬や食物の影響で、皮膚に発疹が出たことがありますか？ または、薬剤によるアレルギーを指摘されたことはありますか？	はい (具体的に)	いいえ	
6. ≪女性の方へ≫現在、妊娠の可能性があったり、授乳中だったり 月経不順や無月経などの婦人科系の症状がありますか？	はい (症状を)	いいえ	
7. 何らかの病気 (膠原病・ぜんそく・皮膚炎・関節炎など) で ステロイドの飲み薬による治療を行ったことがありますか？	はい (具体的に)	いいえ	
8. 今までに注射を受けて、具合が悪くなったことがありますか？	はい	いいえ	
9. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば 具体的に書いてください。			
10. 医師の診察・説明を受け、注射の効果や目的、重篤な副作用の 可能性などについて理解した上で、注射を希望しますか？	はい・いいえ 本人又は保護者の署名		

**医師記入欄：** 以上の問診及び診察の結果、注射は (可能・見合わせる) **医師の署名**

本人 (もしくは保護者) に対して、注射の効果や副作用について説明した。

使用薬剤名	接種量	実施場所：東京都千代田神田須田町 1-7-8 VORT 秋葉原IV 1階 雪月花メディカルクリニック秋葉原中央通診療所		
Lot. No. :	m L			

記載頂きました個人情報 は 診療 に関してのみ使用いたします。