

1回目

< インフルエンザ予防接種予診票 >

日付 体温 ℃

受ける人の氏名： (男・女)

生年月日

昭和：平成：令和 年 月 日 (満 歳 ヶ月)

1. 1ヶ月以内にインフルエンザワクチン予防接種を受けましたか はい・いいえ
2. 今日、体に具合の悪いところがありますか はい・いいえ
()
3. 最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか はい・いいえ
()
4. 1ヶ月以内に家族や仲間にはしか、風疹、みずぼうそう、
おたふくかぜ、インフルエンザなどの人がいましたか はい・いいえ
5. 慢性の病気で医療機関にかかっていますか はい・いいえ
* その担当の医師が今日の予防接種を受けてよいと
言いましたか はい・いいえ
6. ひきつけをおこしたことがありますか はい・いいえ
(最後にひきつけをおこした日付：)
7. 過去に治療を必要としたアレルギー反応がでたことがありますか はい・いいえ
(原因：)
8. 予防接種で具合が悪くなったことがありますか はい・いいえ
(予防接種の種類：)
9. 予防接種で具合が悪くなった家族がいますか はい・いいえ
10. 今日の予防接種について質問がありますか はい・いいえ

所見：

可能 ・ 中止

◎ 今日、インフルエンザの予防接種を受けますか

はい・いいえ

保護者サイン：
