

2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
(最後にひきつけをおこした日付：) | はい・いいえ |
| 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
(原因：) | はい・いいえ |
| 8. 予防接種で具合が悪くなったことがありますか
(予防接種の種類：) | はい・いいえ |
| 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：
