

2回目

<インフルエンザ予防接種(注射)予診票>

日付 _____ 体温 _____ °C

お住まいの市町村名： _____ 市・町・村

受ける人の氏名： _____ (男・女)

生年月日

昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日(満 _____ 歳 _____ か月)

1. 1か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か月以内に病気にかかりましたか
(病名： _____) はい・いいえ
4. 1か月以内に家族や仲間にはしか・風疹・みずぼうそう・
コロナ・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通院していますか 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. 過去に治療を要としたアレルギー反応が出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

医師の所見：

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

保護者のサイン： _____