

# 1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<br>( _____ )                         | はい・いいえ           |
| 3.  | 最近1か月以内に病気にかかりましたか<br>(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・<br>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<br>※その担当の医師が今日の予防接種を受けてよいと<br>言いましたか | はい・いいえ<br>はい・いいえ |
| 6.  | ひきつけをおこしたことがありますか<br>(最後にひきつけをおこした日付： _____ )            | はい・いいえ<br>はい・いいえ |
| 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<br>(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<br>(予防接種の種類： _____ )               | はい・いいえ<br>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                                      |                  |

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： \_\_\_\_\_