

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： 市・町・村

受ける人の氏名： (男・女)

昭和・平成・令和 年 月 日 (満 歳 か月)

1. 1ヶ月以内にインフルエンザの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はありますか
() はい・いいえ
3. 最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか
(病名：) はい・いいえ
4. 1ヶ月以内に家族や仲間にはしか・風疹・水ぼうそう・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
※その担当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. 過去に治療を要するアレルギー反応が出た事がありますか
(原因：) はい・いいえ
8. 予防接種で具合の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. 予防接種で具合の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：