

# 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 か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 はい・いいえ  
(病名： )
4. 1 か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 はい・いいえ  
※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 はい・いいえ  
(最後にひきつけをおこした日付： )
7. 過去に治療を要するアレルギー反応が出た事がありますか 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：