

# < 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. 今日、体に具合の悪いところがありますか ( ) はい・いいえ
2. 最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか ( ) はい・いいえ
3. 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
4. 1ヶ月以内に予防接種を受けましたか (予防接種の種類： ) 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. たまごアレルギーがありますか (その他： ) 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. 6ヶ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか はい・いいえ
11. 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：