

2回目

< 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
* 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：

鶴ヶ島医院