

1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. 前後2週間以内にコロナワクチンを受けた、受ける予定がありますか (はい・いいえ)
(接種日 年 月 日)
2. 1ヶ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)
3. 今日、体に具合の悪いところがありますか (はい・いいえ)
()
4. 最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか (はい・いいえ)
()
5. 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)
6. 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)
7. 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：)
8. 過去に治療を必要としたアレルギー反応がでたことがありますか (はい・いいえ)
(原因：)
9. 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：)
10. 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)
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：