

インフルエンザ予防接種予診票

東	J

※接種希望の方へ:太ワク内をご記入下さい。

※高校生以下の方は、保護者の方がご記入のうえ、母子手帳と一緒にご提出下さい。

フリガナ		男 女	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	該当回数に○	
氏名						1回目
保護者氏名				(満 歳 ヶ月)		2回目
住所						
電話	()					

質問事項	回答欄	
1. 診察前の体温は何度でしたか	度 分	
2. 今日、体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状()	はい	いいえ
3. 1ヶ月以内に病気にかかりましたか 病名(月 日頃)	はい	いいえ
4. 1ヶ月以内に予防接種を受けましたか(インフルエンザ1回目を含む) 予防接種の種類(月 日)	はい	いいえ
5. これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類と症状()	はい	いいえ
6. 薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなった事がありますか 薬・食品名()	はい	いいえ
7. 今日の予防接種について質問がありますか()	はい	いいえ
8. (女性の方)現在、妊娠していますか	はい	いいえ

医師の所見	接種	可能	見合わせる	備考
接種日	令和	年	月 日	
ワクチン番号	Lot.No			