

接種される方のお名前()

インフルエンザ予防接種予診票

体温：(度 分)

1. 今シーズン、インフルエンザ予防接種は何回目ですか？
(1回目 ・ 2回目)
2. 今日、身体に具合の悪いところがありますか？
(はい・いいえ) (具体的な症状:)
3. 一か月以内に病気にかかりましたか？
(はい・いいえ) (具体的な症状:)
4. 一か月以内に予防接種を受けましたか？
(はい・いいえ) (予防接種名:)
5. 今までに予防接種を受けて具合の悪くなったことがありますか？
(はい・いいえ) (予防接種名:)
6. 薬や食べ物にアレルギーはありますか？
(はい・いいえ) (具体的な薬や食べ物:)
7. 卵のアレルギーはありますか？
(はい・いいえ)
8. (女性の方に) 妊娠中あるいは授乳中ですか？
(はい・いいえ) ()

インフルエンザ予防接種を希望します。

年 月 日

本人自署 (未成年の場合、保護者自署)