

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)