

インフルエンザ 任意予防接種問診票

今シーズンのインフルエンザの予防接種は、(1回目 ・ 2 回目)。

今日の体温	度 分
※来院前に計測して記入しても構いません。	

ふりがな		性別	男 ・ 女
お名前		生年月日	年 月 日 (歳)
住所			
電話番号			

1	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
2	3 か月以内にけいれん (ひきつけ) をおこしたことはありますか。	はい いいえ
	「はい」の方 熱性けいれんですか。	はい いいえ
3	卵でアナフィラキシーをおこしたことはありますか。	はい いいえ
4	今までにインフルエンザの予防接種を受けたことはありますか。	はい いいえ
	その際に具合が悪くなったことはありますか。	はい いいえ
5	最近 1 か月以内に予防接種を受けましたか。	はい いいえ
	「はい」の方、予防接種名と接種日を記入して下さい。 (予防接種名： 接種日： 月 日)	

今日の予防接種は、(実施できる・見合わせた方がよい) と判断します。

Lot No.	<input type="checkbox"/> 0.25mL	まつもとこどもクリニック 松本真輔
接種日時：令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 0.5mL	