

インフルエンザ予防接種 予診票

診察前の体温	℃	男・女	1回目 2回目：前回接種日（ 月 日）
住所			TEL（ ） -
（フリガナ） 受ける人の氏名	（ ）	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生
（保護者の氏名）			（ 歳 カ月）

質問事項	回答欄	
本日、具合の悪いところがありますか	はい 具体的に：	いいえ
最近1ヶ月以内に何か病気にかかりましたか	はい 病名：	いいえ
最近1ヶ月以内に家族などに、はしか・風疹・おたふくかぜにかかった方がいますか	はい 病名：	いいえ
最近1ヶ月以内に他の予防接種を受けましたか	はい 予防接種の種類：	いいえ
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか	はい 予防接種名： 症状：	いいえ
現在、特別な病気で他の医師の診察を受けていますか	はい 病名：	いいえ
今までにひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか	はい（ ）回ぐらい 最後は（ ）年（ ）月頃	いいえ
薬や卵、鶏肉でアレルギーがありますか	はい 薬または食品名：	いいえ
（女性の方に）現在、妊娠していますか	はい	いいえ
本日の予防接種を希望（する・しない）	本人サイン	

医師記載欄	
今日の予防接種は（可能・見合わせる）	医師サイン