

インフルエンザワクチン問診票 2025
(フルミストの予診票は別になります)

ふりがな
氏名 _____ 年齢 _____ 才 _____ ヶ月

本日の体温 _____ °C 連絡先Tel _____

本日のインフルエンザワクチンは今シーズン何回目ですか？
初回 2回目 (初回接種日: 月 日)

下記の質問にあてはまるときは口内にレを入れて右側にその内容を書いてください。(何もない場合は不要です。)

- ☐ これまでに大きな病気をしたことがありますか？
- ☐ 今日を含め最近1週間以内に発熱や体調不良がありましたか？
- ☐ 最近1カ月以内に病気にかかりましたか？
- ☐ 1カ月以内に周りで麻疹・水痘・おたふくかぜなどに
かかった人がいますか？
- ☐ 薬や食品で蕁麻疹が出たことがありますか？
- ☐ これまでに予防接種で具合が悪くなったことがありますか？
- ☐ ご家族に予防接種で具合が悪くなった方がいますか？
- ☐ 今日の接種についてご質問がありますか？

これまでにインフルエンザワクチンを接種したことがありますか？

1. はい 2. いいえ

*** 接種後の注意**

当日中の運動は控えてください。入浴は短めをお勧めします。

▼予防接種を受けます。

保護者(またはご本人)のサイン _____

※サインは説明を受けた後でもかまいません。

※クリニック使用欄

インフルエンザワクチン問診票 2025
(フルミストの予診票は別になります)

ふりがな
氏名 _____ 年齢 _____ 才 _____ ヶ月

本日の体温 _____ °C 連絡先Tel _____

本日のインフルエンザワクチンは今シーズン何回目ですか？
初回 2回目 (初回接種日: 月 日)

下記の質問にあてはまるときは口内にレを入れて右側にその内容を書いてください。(何もない場合は不要です。)

- ☐ これまでに大きな病気をしたことがありますか？
- ☐ 今日を含め最近1週間以内に発熱や体調不良がありましたか？
- ☐ 最近1カ月以内に病気にかかりましたか？
- ☐ 1カ月以内に周りで麻疹・水痘・おたふくかぜなどに
かかった人がいますか？
- ☐ 薬や食品で蕁麻疹が出たことがありますか？
- ☐ これまでに予防接種で具合が悪くなったことがありますか？
- ☐ ご家族に予防接種で具合が悪くなった方がいますか？
- ☐ 今日の接種についてご質問がありますか？

これまでにインフルエンザワクチンを接種したことがありますか？

1. はい 2. いいえ

*** 接種後の注意**

当日中の運動は控えてください。入浴は短めをお勧めします。

▼予防接種を受けます。

保護者(またはご本人)のサイン _____

※サインは説明を受けた後でもかまいません。

※クリニック使用欄