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		<u>年齢</u>	才	ヶ月		
. = - 11 22	0-	**				
本日の体温	<u>°C</u>	<u>連絡先Tel</u>				
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	回接種日: 月	日)			
下記の質問に	あてはまるとき	は口内にしを入れ	て右側にそ	の内容を		
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。(何もなければレは不要です。)						
口 これまでに対	たきな病気をした	たことがありますか	٧.			
□ 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	引がありますか?				
これまでにインフ	'ルエンザワクラ	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	音					
	· - -	ください。入浴は	短めをお勧	助めします。		
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。						
※クリニック使用机	Į					

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 <u>氏名</u>		年齢	才	ヶ月
本日の体温	°C	<u>連絡先Tel</u>		
本日のインフ 初回	ルエンザワクチ 2回目 (初回	ンは今シーズン]接種日: 月	何回目です 日)	すか?
書いてください □ これまでに □ 今日を含め □ 最近1カ月 □ 1カ月以内 かかった人 □ 薬や食品 □ これまでに □ ご家族に言	。(何もなければに 大きな病気をした か最近1週間以内 以内に病気にか に周りで麻疹・水 がいますか? で蕁麻疹が出たこ 予防接種で具合	こことがありますかに発熱や体調不」かりましたか? ・痘・おたふくかぜ とがありますか? が悪くなったことが	、? 良がありまし などに , , , , , , ,	たか?
これまでにイン 1. はい *接種後の》	2. いいえ	ンを接種したこと	がありますが	 %?
▼予防接種を		ださい。入浴は	短めをお勧	かめします
		でもかまいません	'	

※クリニック使用欄