

インフルエンザワクチン問診票 2026

(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□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。)

- ☐ 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 2026

(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□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。)

- ☐ 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