

フルミスト問診票 2025

(注射のインフルエンザの予診票は別になります)

ふりがな

氏名 _____

年齢 _____ 才 _____ ヶ月

※接種対象は2歳～18歳です

本日の体温 _____ °C

連絡先Tel _____

今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン1回目ですか？

はい ※フルミストは1シーズン1回投与になります

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？
- ☐ 近親者に先天性免疫不全症と診断された方はいますか？
- ☐ 現在妊娠しているあるいは妊娠している可能性はありますか？
(注：接種後約2か月間は妊娠をしないように注意してください。)
- ☐ 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