

インフルエンザワクチン問診票 2020

氏名 _____ 年齢 _____ 才 _____ ヶ月 _____

本日の体温 _____ °C 連絡先Tel _____

本日の接種は今シーズン何回目ですか？○で囲んでください

初回 2回目

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。）

- 1 カ月以内に予防接種を受けましたか？
受けていればワクチンの種類と接種日を記入して下さい。
- 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

▼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。