

インフルエンザ予防接種予診票

	接種日	年	月	日
生年月日	西暦	年	月	日 (満歳)
お名前				様
ご住所 〒				
電話番号 ()				

質問事項	回答欄	
1. 接種前の体温 [度 分]	/	/
2. 今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。 []	はい	いいえ
3. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか。 病名 [] 薬を飲んでいますか。 [薬の名前:]	はい	いいえ
4. 最近2週間以内に病気にかかりましたか。 病名 [] 時期 月 日頃	はい	いいえ
5. 今までに予防接種を受けて特に具合が悪くなったことがありますか。 予防接種名・症状 [] 時期 月 日頃	はい	いいえ
6. (ご婦人の方に) 現在妊娠していますか。	はい	いいえ
7. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば具体的に書いて下さい。 []		

医師の記入欄		
以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (可能・見合わせる)	①	②
医師のサイン		