

インフルエンザワクチン問診票

接種者氏名	西暦	年	月	日	才
保護者氏名	TEL				

質問事項	1回目接種	2回目接種
今日 具合の悪いところがありますか？	はい・いいえ	はい・いいえ
はい の場合 どのような？		
今日の体温を教えてください。	・ °C	・ °C
1週間以内に発熱がありましたか？	はい・いいえ	はい・いいえ
薬・食品のアレルギーはありますか？	はい・いいえ	はい・いいえ
ひきつけ・けいれんの既往はありますか？	はい・いいえ	はい・いいえ
ご家族・親類で免疫不全と診断された方がいますか？	はい・いいえ	はい・いいえ
予防接種で具合が悪くなったことがありますか？	はい・いいえ	はい・いいえ
6ヶ月以内に輸血・ガンマグロブリンを受けましたか？	はい・いいえ	はい・いいえ
4週間以内に予防接種を受けましたか？	はい・いいえ	はい・いいえ
はい の場合なんのワクチンですか？		
(女性の方)妊娠されていますか？	はい・いいえ	はい・いいえ
今日のワクチンに関して ご質問はありますか？	はい・いいえ	はい・いいえ
本日ワクチンを受けられますか？	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
	保護者署名	保護者署名
本日の接種は、問診・診察の結果	可能 ・ 見合わせる	可能 ・ 見合わせる
	Lot. 右 ・ 左 ・ 上腕	Lot. 右 ・ 左 ・ 上腕
まつおかこどもクリニック 接種医	松岡郁美 萩原幸世	松岡郁美 萩原幸世
接種年月日	月 日	月 日