

インフルエンザ予防接種問診票

接種者氏名 _____ 年齢 (_____)

1回目

2回目

日時 _____

日時 _____

体温 _____

体温 _____

ロット番号 _____

ロット番号 _____

右・左 0.5ml, 0.25ml

右・左 0.5ml, 0.25ml

次の項目にあてはまる番号に○印をつけて下さい。

- I 健康状態に問題がないので予防接種を受けます。
- II 以下の項目に該当する場合は○を付けて下さい。
 1. 現在何か病気にかかっている、薬などの治療を受けている。
 2. これまでにインフルエンザの予防接種で具合が悪くなったことがある。
 3. インフルエンザ以外の予防接種で具合が悪くなったことがある。
 4. 4週間以内にMR、水痘、おたふく、BCGなどの生ワクチンを接種している。
 5. 1週間以内に上記以外のワクチン（ワクチン名 _____）を接種している。
 6. けいれん（ひきつけ）を起こしたことがある。
 7. 気管支喘息や呼吸器系の疾患と診断されたことがある。
 8. 鶏卵・鶏肉及びそれらの加工品で蕁麻疹などのアレルギーが起きたことがある。
 9. 医師に予防接種を禁じられている。

〒227-0036 横浜市青葉区奈良町1670-44

医療機関名：渡辺医院

TEL045-962-8126

医師名：渡辺 励