

# インフルエンザ予防接種予診票

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	
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