

1回目・2回目

インフルエンザ予防接種予診票

※太枠の中を必ず記入して下さい

2才まで

来院前の体温をご記入下さい

フリガナ		診察前の体温		度	分
受ける人の氏名		男	生年	令和	年 月 日生
保護者の氏名			・ 月日		
TEL		女		(歳 ヶ月)

質問事項	回答欄	
1. 今日、体に具合の悪いところがありますか。	ある	ない
2. 1週間以内に37.5度以上の発熱はありませんでしたか。	ある	ない
3. 薬や食品(鶏肉、鶏卵など)でアレルギー症状(アナフィラキシーなど)を起こした事がありますか。	ある(薬または食品の名前) ()	ない
4. 予防接種を受けて具合が悪くなった事がありますか。	ある(予防接種名・ (症状・	ない
5. 2週間以内にコロナ陽性と診断されましたか。	はい (月 日)	いいえ
6. 今までにインフルエンザの予防接種を受けた事がありますか。	いいえ	はい

※太枠の中を必ず記入して下さい



インフルエンザ 予防接種済証

(紛失した場合再発行はできません)

氏名		1回目・2回目	使用ワクチン名・ロットNo.
		接種量 0.25ml	
生年月日	令和 年 月 日	接種年月日	
		接種医療機関	真舟外科内科クリニック 金野 千行