

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

中学生以上

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	昭和	年	月	日生
保護者の氏名		・	月日	平成			
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		使用ワクチン名・ロットNo.	
		接種量 0.5ml	
生年月日	昭和	接 種 年 月 日	
	平成 年 月 日	接種医療機関	真舟外科内科クリニック 金野 千行