

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

3才～小6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	平成	年 月 日生
保護者の氏名		・	月日	令和	
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 0.5ml	
生年月日	平成	接種年月日	
	令和 年 月 日	接種医療機関	真舟外科内科クリニック 金野 千行