

インフルエンザ予防接種問診表（中学生以上）

診察券番号 _____ 接種日 平成 20 年 月 日

お名前 _____ 様 インフルエンザワクチン 0.5 ml

身長 _____ cm 体重 _____ kg

以下の質問に、「はい」「いいえ」に、○をつけてください。

1. 現在治療中の病気はありますか。薬もお書きください はい・いいえ
()
2. 今までに、入院した病気にかかったことがありますか はい・いいえ
()
3. 予防接種を受けて具合が悪くなった事がありますか はい・いいえ
()
4. 卵 鶏肉を食べて、蕁麻疹が出た事がありますか はい・いいえ
()
5. 卵 鶏肉以外の食物や、薬のアレルギーはありますか はい・いいえ
()
6. けいれん（ひきつけ）をおこした事がありますか はい・いいえ
(才頃)
7. ゼラチン入り（ゼリー プリン）の食品で発疹が
でたことがありますか はい・いいえ
8. 女性の方に 現在 妊娠中ですか はい・いいえ

領収書必要な方は、宛名を以下に ()