インフルエンザ問診票			インフルエンザ問診票	
	<u>日付:</u>			旦付:
フリガナ <u>氏名</u>	<sup>生年月日</sup> <u>昭和・平成・令和 年 月</u>	日 歳	フリガナ <u>氏名</u>	生年月日 昭和・平成・令和 年月日 歳
			_住所	
_電話番号			_ 電話番号	
_ <u>体温</u> ℃		2回目	_ <u>体温</u> ℃	<u>本年接種: 1回目 2回目</u> ※1回目( 月 日)
これまでインフルエンザの予防接種を受けたことはありますか?			これまでインフルエンザの予防接種を受けたことはありますか?	
	<u>はい</u>	<u>いいえ</u>		<u>はい いいき</u>
過去のインフルエンザの予防接種で問題はありましたか?			過去のインフルエンザの予防接種で問題はありましたか?	
	<u>はい</u>	<u>いいえ</u>		<u>はい</u> いい
卵アレルギーはありますか?			卵アレルギーはありますか?	
鶏卵に対して強いアレルギーがありア	⊦フィラキシーを経験している場合には接種できませ <u>【<b>まい</b></u>	ん。 <u>いいえ</u>	鶏卵に対して強いアレルギーがあり	リアナフィラキシーを経験している場合には接種できません。 <u>【<b>まい</b></u> <b>しいし</b> え
1か月以内に予防接種は受けましたか?			1か月以内に予防接種は受けましたか?	
<u>は</u>	il):	いいえ		<u>はい:</u> いいき
本日、体調に問題はありますか?			本日、体調に問題はありますか?	
<u>は</u>	it:	<u>いいえ</u>		<u>はい:</u> いい
接種前に医師に相談したいことはありますか?			接種前に医師に相談したいことはありますか?	
<u>は</u>	ilv:	いいえ		<u>はい:</u> いいき
本日のインフルエンザの予防接種を希望			本日のインフルエンザの予防接種を希望	
	<u>します</u> し	<u>」ません</u>		<u>します</u> しません
LOT:	<u>署名:</u>		LOT:	<u>署名:</u>
仁愛医院	<u>医師署名:</u>		仁愛医院	<u>医師署名:</u>