

# インフルエンザ問診票

日付: \_\_\_\_\_

フリガナ 生年月日  
氏名 昭和・平成・令和 年 月 日 歳

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

体温 \_\_\_\_\_℃ 本年接種: 1回目 2回目  
※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?  
はい いいえ

過去のインフルエンザの予防接種で問題がありましたか?  
はい いいえ

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。  
はい いいえ

1か月以内に予防接種は受けましたか?  
はい: \_\_\_\_\_ いいえ

本日、体調に問題がありますか?  
はい: \_\_\_\_\_ いいえ

接種前に医師に相談したいことはありますか?  
はい: \_\_\_\_\_ いいえ

本日のインフルエンザの予防接種を希望  
します しません

LOT: 署名: \_\_\_\_\_

仁愛医院 医師署名: \_\_\_\_\_

# インフルエンザ問診票

日付: \_\_\_\_\_

フリガナ 生年月日  
氏名 昭和・平成・令和 年 月 日 歳

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

体温 \_\_\_\_\_℃ 本年接種: 1回目 2回目  
※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?  
はい いいえ

過去のインフルエンザの予防接種で問題がありましたか?  
はい いいえ

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。  
はい いいえ

1か月以内に予防接種は受けましたか?  
はい: \_\_\_\_\_ いいえ

本日、体調に問題がありますか?  
はい: \_\_\_\_\_ いいえ

接種前に医師に相談したいことはありますか?  
はい: \_\_\_\_\_ いいえ

本日のインフルエンザの予防接種を希望  
します しません

LOT: 署名: \_\_\_\_\_

仁愛医院 医師署名: \_\_\_\_\_