

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

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

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: _____