インフルエンザ予防接種　問診票（65歳未満用）

フリガナ		男・女	体温　　℃
氏名			
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和　　年　　月　　日　　歳		
住所	市・町		
電話番号	ー　　ー	保護者のサイン（未成年のみ）	

質問事項	回答欄	
本日、体に具合が悪いところや不安はありますか？	はい	いいえ
最近１ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか？ 「はい」とお答えの方は、病名は（　　）	はい	いいえ
アレルギーはありますか？　ある方は以下にマルをお願いします たまご　花粉症　その他（　　）	はい	いいえ
インフルエンザの予防接種で具合いが悪くなったことはありますか？	はい	いいえ
今回の予防接種について質問がありますか？	はい	いいえ
最近１ヶ月以内に予防接種を受けましたか？ 「はい」とお答えの方は、予防接種の種類は（　　）	はい	いいえ

スタッフ記入欄

使用Lot	接種量	実施場所・医師名・実施日
メーカー名 Lot No.	0.5 0.25	接種場所　神奈川県逗子市沼間2-10-29 医療法人海星会　東逗子医院 院長　池上　厚 実施日　令和　　年　　月　　日