

## インフルエンザ接種問診票(13歳以上)

接種者氏名		生年月日	年	月	日	歳
(保護者氏名)		電話番号				

今までに大きな病気をして現在も医師に受診していますか	はい	いいえ
その病気は何ですか		
今までひきつけをおこしたことがありますか	はい	いいえ
熱性痙攣といわれたことがありますか	はい	いいえ
薬、食品で発疹・蕁麻疹がでたことがありますか	はい	いいえ
ご家族・ご親戚の方で免疫不全と診断された方はいますか	はい	いいえ
これまでの予防接種で具合が悪くなったことがありますか	はい	いいえ
6ヶ月以内に輸血・ガンマグロブリンの接種を受けましたか	はい	いいえ
卵アレルギーといわれたことがありますか	はい	いいえ
昨年から今年の春にインフルエンザの接種を受けましたか	はい	いいえ
昨年から今年の春にインフルエンザに罹りましたか	はい	いいえ
インフルエンザの予防接種についてご質問がありますか	はい	いいえ
(ご婦人の方に)現在妊娠していますか	はい	いいえ

1回接種	年	月	日	体温				
	今日具合の悪いところがありますか					はい	いいえ	
	4週間以内に予防接種を受けましたか					はい	いいえ	
	接種の判定		可・不可		使用ワクチン			
	医師名		大川 洋 二					

・13歳以上 (1回接種)

実施場所	医療法人社団 オー・シー・エフ・シー会 大川子ども&内科クリニック
------	-----------------------------------