不活化インフルエンザ予防接種質問票（３才以上）

※　年齢によって質問票がことなります。

こちらの質問票は３歳以上用です。

（０．５ｍｌ）	≪体温≫　　度　　分
おなまえ	昭和・平成・令和 年　　月　　日生れ （　　才）

１カ月以内に本人または、家族で**おたふく・水痘・はしか、新型コロナウィルス**等の病気にかかりましたか？	ない ある（病名：　　） かかった日： （　　／　　／　　）
アレルギー体質と言われたことがありますか？	ない ある（種類：　　）
けいれんを起こしたことがありますか？	ない　　ある
予防接種で具合が悪くなったことがありますか？	ない　　ある
現在**飲み薬**を使用していますか？	ない ある：薬の名前
今日は**次の症状**はありますか？	ない ある 咳・鼻水・下痢・発疹・不機嫌

≪　初めてインフルエンザ予防接種する方へ　≫

卵を食べて問題はありませんか？　　ない　　ある