

不活化インフルエンザ予防接種質問票 (3才未満)

※ 年齢によって質問票がことなります。

(0. 25ml)	<<体温>> 度 分
おなまえ	令和 年 月 日 生れ (才)

こちらの質問票は **3歳未満用** です。

1カ月以内に本人または、家族で <u>おたふく・水痘・はしか、新型コロナウイルス</u> 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 あるいは
予防接種で具合が悪くなったことがありますか？	ない あるいは
現在 <u>飲み薬</u> を使用していますか？	ない ある: 薬の名前
今日は <u>次の症状</u> 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すか？ ない あるいは