

不活化インフルエンザ予防接種質問票（3才未満）

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

※ 年齢によって質問票がこととなります。

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
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 <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> 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