

# インフルエンザ予診票

		体温	度分
住所		電話( )	-
フリガナ		男・女	生年月日
受ける人の名前			年 月 日

質問	回答	
今日、体に具合の悪いところがありますか。	ある(具体的に)	ない
現在、何かの病気で医師にかかっていますか。	はい(病名) (薬の名前)	いいえ
1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかりましたか。	はい (病名)	いいえ
けいれん(ひきつけ)をおこした事がありますか。	ある (いつ頃)	ない
薬や食品(鶏肉・卵など)のアレルギーはありますか。	ある(薬・食品名)	ない
予防接種で具合が悪くなったことがありますか。	ある(接種名・症状)	ない
最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。	はい(接種名)	いいえ

予防接種を受けることに ( 同意します ・ 同意しません )	署名( _____ )
-----------------------------------	-------------

医療法人 公正会  
御津南医院  
医師 山本正勝