

インフルエンザ予防接種 予診票



本日の体温 ℃

来院前に必ず計ってきてくださいね

住所	世田谷区	TEL
世田谷区 以外の方	区	TEL
受ける人の 氏名	(才) 生年月日	西暦 年 月 日

1、インフルエンザ予防接種は今シーズン何回目ですか？ (1回目 ・ 2回目)

☆2回目接種の方☆

1回目接種から2週間以上たってますか？1回目接種日(月 日)

2、本日の体調に不安はありますか？ (ある ・ ない)

3、最近1か月以内に何か病気にかかりましたか？ (はい ・ いいえ)

はいの方(病名又は症状)

※※1週間以内に発熱(37.5℃以上)あった方は接種できません※※

4、卵アレルギーがありますか？ (はい ・ いいえ)

☆はいの方は過去に接種されたことは、ありますか？ (はい ・ いいえ)

予防接種の効果や副反応などを理解した上で

接種を希望します 保護者又は本人署名

スタッフ記入欄

今日の予防接種は (可能 ・ 不可能)

医師氏名

助成券

あり なし

接種量

0.25ml(6か月以上3歳未満)
0.5ml(3歳以上)

備考欄