

1回目

インフルエンザワクチン接種 予診票

本日の体温 _____ °C 
来院前に必ず計ってきてくださいね!

世田谷区 の方	世田谷区	TEL
世田谷区 以外の方	区	TEL
受ける人 の氏名	(ふりがな)	西暦 男・女 (才) 生年月日 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、本日の体調に不安がありますか？ (ある ・ ない)
- 3、最近1か月以内に何か病気になりましたか？ (はい ・ いいえ)
はいの方 (病名または症状) _____

※1週間以内に発熱 (37.5度以上) あった方は接種できません

- 4、2週間以内に他のワクチンを接種しましたか？ (はい ・ いいえ)
- 5、卵アレルギーはありますか？ (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 保護者または本人署名 _____

小児科記入欄

今日の予防接種は (可能 ・ 不可能)

医師氏名 _____

助成券

接種量

あり なし 0.25ml (6か月以上3歳未満) 0.5ml (3歳以上)