

1回目

インフルエンザワクチン接種 予診票

 本日の体温 ℃ 
来院前に必ず計ってきてくださいね！

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)	男・女	生年月日 西暦	(か月) 年 月 日 (才)

1、インフルエンザ予防接種は今シーズン1回目ですか？ (はい ・ いいえ)

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)あったかたは接種できません

※発熱がなくても手足口病、ヘルパンギーナを発症してから2週間たっていないと接種できません

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

☐あり ☐なし

接種量

☐0.25ml (6か月以上3歳未満) ☐0.5ml (3歳以上)