

インフルエンザ予防接種 予診票



本日の体温 _____ °C

住所 世田谷区 TEL () —

予防接種を受ける人の氏名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日 歳



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回目接種の方のみ記入☆☆

・1回目接種の接種から2週間以上経っていますか？ 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)

・ある (具体的に)



3 最近1ヶ月以内に何か病気にかかりましたか？ (はい / いいえ)

・はい (病名) ※1週間以内に発熱(37.5以上)ある場合接種できません



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理解した上で

接種を希望します 保護者又は本人署名

◎鼻、咳などの風邪症状がない場合クリーンルームで接種できます。

希望 (あり / なし)

スタッフ記入欄

今日の予防接種は (可能 ・ 不可能)

医師氏名 _____

接種量

助成券 あり なし

0.25ml(6ヶ月以上3歳未満)

0.5ml (3歳以上)

