

# 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 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

接種者氏名 \_\_\_\_\_ 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

0.25ml(6ヶ月以上3歳未満)

助成券 あり

なし

0.5ml (3歳以上)

黒

\$