

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 男 女



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	助成券
<input type="checkbox"/> 0.25ml(6ヶ月以上3歳未満)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
<input type="checkbox"/> 0.5ml (3歳以上)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>