



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 よりがな _____ 生年月日 _____ 年 月 日 歳 男 女

1 コロナワクチンを前後2週間以内に接種、または接種予定はありますか？ (はい / いいえ)

2 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)

3 本日の体調に不安はありますか？ (ある / ない)

・ある (具体的に)

4 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

5 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)

▶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)

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

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)

0.5ml (3歳以上)

助成券 あり なし