

## 2 回目

- ◎12歳以下のお子さんが対象
- ◎1回目から3~4週間後に接種してください



# インフルエンザ予防接種 予診票

本日の体温 \_\_\_\_\_ °C

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		TEL _____	
ふりがな		男	生年月日
氏名		女	(西暦) 年 月 日 ( 歳)

1. インフルエンザ予防接種は1回目から2週間以上経過していますか？

( はい ・ いいえ )

1回目接種日 ( 月 日 ) 必ず記入を！！

2. 本日の体調に不安や医師に質問がありますか？

( ない ・ ある )

ある方→どのような内容ですか？ \_\_\_\_\_

3. 1か月以内に病気にかかりましたか？

( いいえ ・ はい )

はいの方→症状または病名 \_\_\_\_\_

感染症にかかった方→隔離解除日はいつですか？ \_\_\_\_\_

※1週間以内に37.5℃以上の発熱があった方は接種できません

4. 卵アレルギーはありますか？

( いいえ ・ はい )

はいの方→過去にインフルエンザワクチンを接種したことがありますか？

( 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

保護者氏名 \_\_\_\_\_

### スタッフ記入欄

接種医師名: \_\_\_\_\_

助成券 あり なし 接種量 0.25ml(6か月以上3歳未満)

支払い 現金 カード 0.5ml(3歳以上)