

2回目

インフルエンザワクチン接種 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！

☆☆1回目の日付を必ず記入してください☆☆

世田谷区の方	世田谷区	TEL						
世田谷区以外の方	区	TEL						
受ける人の氏名	(ふりがな)	男・女	生年月日	西暦	(か月)	年	月	日 (才)

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)

1回目のインフルエンザ接種から2週間以上たってますか？ (はい ・ いいえ)

1回目接種日 (月 日)

2、本日の体調に不安がありますか？ (ある ・ ない)

3、最近1か月以内に何か病気になりましたか？ (はい ・ いいえ)

はいの方 (病名または症状)

※1週間以内に発熱 (37.5度以上) あったかたは接種できません

※発熱がなくても手足口病、ヘルパンギーナを発症してから2週間たっていないと接種できません

4、2週間以内に他のワクチンを接種しましたか？ (はい ・ いいえ)

5、卵アレルギーはありますか？ (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を理解した上で

接種を希望します 保護者または本人署名

小児科記入欄

今日の予防接種は (可能 ・ 不可能)

医師氏名 _____

助成券

接種量

あり なし 0.25ml (6か月以上3歳未満) 0.5ml (3歳以上)