

# 1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!

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1回目ですか？ ( はい ・ いいえ )

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)