

インフルエンザ予防接種予診票

1回目

任意接種用

ID _____ (診察券番号をご記入ください) _____ 月 日

¥3,000 (税込み)

診察前体温 度 分

住所	〒 -	電話	- -
ふりがな		男	大・昭・平・令
氏名		女	生年月日 年 月 日生 (歳)

37.5度以上の方は、接種できません

質問事項

回答欄

※回答欄右側に1つでも該当した場合、ご来院いただいても接種できません

1. 今日受けられる予防接種について注意事項を読んで理解しましたか	はい	いいえ
2. 副反応や効果について同意のうえで希望しますか	はい	いいえ
3. 2週間以内に発熱・倦怠感・鼻汁・のどの痛みなどありましたか	いいえ	はい
4. 今シーズンインフルエンザ予防接種を受けましたか	はい→2回目	
5. 質問4ではいと答えた方のみ		
13歳未満で、2週間以上空いていますか	はい	いいえ
13歳以上で、1週間以上空いていますか	はい	いいえ
6. 新型コロナワクチン予防接種から2週間以上空いていますか	はい	いいえ

当院での予防接種は、はじめてですか はい いいえ

接種量

- 0.25ml 3歳未満
 0.5ml 3歳以上

医療法人社団

東邦鎌谷病院

千葉県鎌ヶ谷市粟野 594 番地
 TEL 047-445-6412 (内線 160)
<http://www.tohokamagaya.com>