

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)