

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 ℃

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 女	生年月日
氏名			(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)