

インフルエンザワクチン接種予診票

領収書		レシート	
名前	会社	別々	合算

・0歳乳児、2歳～64歳の方向けです ・太ワク内にご記入ください

希望接種回数 1回希望・2回希望

※体温を測ってからご来院ください

ふりがな		性別	男	女
氏名		(体温)	℃	
保護者氏名		(2回目接種時)	℃	
電話番号				
住所	〒			
生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日生	年齢	歳

現在、何か病気にかかっていますか	はい	いいえ
今日、具合の悪いところがありますか ()	はい	いいえ
薬や食べ物(特に卵、鶏肉など)でアレルギーを 起こしたことがありますか	はい	いいえ
インフルエンザの予防接種を受けて具合が 悪くなったことがありますか	はい	いいえ
けいれんを起こしたことがありますか	はい	いいえ
気管支喘息にかかったことがありますか	はい	いいえ
アルコール綿で赤くなったことがありますか	はい	いいえ
今日の予防接種を希望しますか	しません	希望します

医師記入欄 今日予防接種は (可能 ・ 見合わせる)

医師のサイン _____

(使用ワクチン名)

インフルエンザワクチン _____ ml

接種場所: 駒生内科クリニック

製造番号: (1) _____

(2) _____

接種日時(1): 令和 年 月 日

接種日時(2): 令和 年 月 日