

インフルエンザ予防接種予診票 1回目

¥3,000(税込)

		月 日	
ID _____ (診察券番号をご記入ください)		体温	度 分 ※ 37.5℃以上の方は接種できません
住所	※ アパート・マンション・部屋番号までご記入ください 〒 -	電話番号	- -
フリガナ		生年月日	大・昭 年 月 日 平・令 (歳)
氏名	男 ・ 女		

※ 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

質問事項		回答欄	
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	いいえ	/
* 質問4で「はい」と答えた方のみ			
5	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

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

千葉県鎌谷市粟野594
Tel. 047-445-6412 (内線 160)
http://www.tohokamagaya.com