



# インフルエンザ予防接種

# 予診票



## 1回目



## 2回目

### 本日の体温

### ℃

フリガナ  
 接種者氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( 歳 ヶ月)  
 〒 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_ 男・女  
 TEL ( ) \_\_\_\_\_

1 1か月以内に新型コロナウイルス感染症又はインフルエンザにかかりましたか？  
 ( はい / いいえ )  
 ▷ 「はい」の方のみ記入  
 ・いつかかりましたか？ ( \_\_\_\_\_ 年 月 日)

2 最近1週間以内に何かの感染症又は発熱を伴う風邪等にかかりましたか？ ( はい / いいえ )  
 ▷ 「はい」の方のみ記入  
 (病名を記入 \_\_\_\_\_)  
 熱が下がってから何日目ですか？ ( \_\_\_\_\_ 日目)

3 インフルエンザ予防接種は今シーズン何回目ですか？ ( 1回目 / 2回目 )  
 ▷ 2回目接種の方のみ記入  
 ・1回目の接種から2週間以上経っていますか？ 1回目接種日 ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)

4 インフルエンザ予防接種を過去に接種されたことはありますか？ ( 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** 保護者又は本人署名 \_\_\_\_\_

### 🔒 スタッフ記入欄 🔒

今日の予防接種は ( 可能 ・ 不可能 )

接種量

0.25ml (6ヵ月以上3歳未満)

0.5 ml (3歳以上)

クリニック名 医療法人社団千歳会

キッズクリニック鷺沼

医師名

加藤 真由美

