

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 今日受けるインフルエンザワクチンについてHPの説明文を読んで理解しましたか？

(はい / いいえ)

② 最近1週間以内に何かの感染症または発熱を伴う風邪等にかかっていませんか？

(はい / いいえ)

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週間以上たっていますか？ 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)

⑤ これまでに予防接種を受けて、具合が悪くなったことがありますか？ (はい / いいえ)

⑥ 強い卵アレルギーや、卵の制限をしていますか？

(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

日付

