

インフルエンザ予防接種予診票 (1回目 /) (2回目) 【任意接種用】

* 接種希望の方へ：太枠内にご記入下さい

* お子さんの場合は、健康状態を把握している保護者をご記入下さい

	診察前の体温	度 分
受ける人のお名前 (カタカナで記入)	年齢	満 才 ヶ月

質問事項	回答欄	医師記入欄
今日、普段と違って身体に具合の悪いところがありますか？	はい 具体的に () いいえ	
最近、1ヶ月以内に病気にかかりましたか？ または熱が出ましたか？	はい 病名 () いいえ	
2週間以内に予防接種を受けましたか？	はい 具体的に () いいえ	
その他、健康状態の事で医師に伝えておきたい事や質問があれば、具体的にご記入ください。		

本人（保護者）記入欄	
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で接種することに (同意します ・ 同意しません)	小児：保護者のサイン 成人：本人もしくは代理人のサイン _____

使用ワクチン名	用法・用量	医師名・接種年月日
	皮下接種 <input type="checkbox"/> 0.5mL (3歳以上) <input type="checkbox"/> 0.25mL (6カ月以上3歳未満)	医師名： <input type="checkbox"/> 手塚 勝也 <input type="checkbox"/> (医師署名) 接種年月日： 年 月 日

記載いただきました個人情報 Wakuchin 接種の予診に関してのみ使用いたします。

こども元気！内科クリニック

ver.2021004