

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

受ける人のお名前	診察前の体温	度	分
	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	
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)

署名

(代筆者の場合：続柄)

尚、被接種者が自署できない場合は代筆者が署名し、被接種者との続柄を記載して下さい

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はワクチン接種の予診に関するのみ使用いたします。

こども元気！内科クリニック