

インフルエンザ予防接種予診票

予約日時を
ご記入ください

※太枠の中は全て必要事項です。ご記入の上来院して頂くと早くご案内できます。

2024年度

昨日の熱	℃	鶏卵のアレルギーはありますか？	ない・ <u>ある</u> ・はっきりしない
現在の熱	℃		

※鶏卵アレルギーの欄は、生卵を含め日常的に食べていて確実にアレルギーではないという方以外は「ある」または「はっきりしない」に○をして下さい。

フリガナ							
氏名		男・女	生年月日	S・H・R	年	月	日 歳
住所				TEL			
今シーズンのインフルエンザ予防接種は何回目ですか？	1回目 ・ 2回目						
1ヶ月以内の予防注射	あり ・ なし		注射名・接種日 (/)				
1ヶ月以内の病気	あり ・ なし		病名() 期間 (~) 病名() 期間 (~)				
現在何か病気にかかっていますか？	あり ・ なし		病名 ()				
過去にインフルエンザの予防接種で異常を起したことがありますか？	あり ・ なし		どんな異常ですか？				
現在妊娠中ですか？	はい ・ いいえ		「はい」の方 月				

注意事項 必ずお読み下さい

- ・予診票は来院前に記入してご来院ください(受付で予診票のチェックをいたします)
- ・当日、咳・のどの痛み・鼻水が出る・腹痛など普段と体調に変化がある場合は来院されても院内に、はいれません
- ・接種一週間前に新型コロナに感染した方は院内に、はいれません
- ・当日になって風邪等で接種できない方は、直接お電話をお願いいたします。別の日に変更して接種いたします
- ・熱を測ってご来院ください
- ・予約時間にご来院ください
- ・小学生以上の方は、マスクを着用してご来院ください

* 鶏卵アレルギーが「ある」・「はっきりしない」方は接種後30分院内で様子を見させていただきます。

*18歳未満の方は、接種時にも保護者の付き添いが必要です。

医療機関記入欄

説明チェック	接種	可 ・ 否
	Lot. No.	

歳
ml

¥2,000

¥3,500

¥3,800