

2500円

## (3歳未満)インフルエンザ 予防接種予診表 かめのはしクリニック

※以下の問診票を記入し、インフルエンザワクチンを希望します

ワクチン予約専用番号:226-5544  
(受付時間平日10時-16時)

1回目	年 月 日		℃		
2回目	年 月 日		℃		
フリガナ			生年月日 平・令		
氏名		男	年 月 日		
保護者の名前 (未成年の場合)		女	( 歳)		
住所			TEL		
質問事項			回答		
1	今日体に具合の悪いところがありますか 具合の悪い症状を書いて下さい( )		1回目	はい	いいえ
			2回目	はい	いいえ
2	最近1ヶ月以内に病院にかかりましたか 病名( )		1回目	はい	いいえ
			2回目	はい	いいえ
3	最近2ヶ月以内に新型コロナウイルスに感染しましたか?		1回目	はい	いいえ
			2回目	はい	いいえ
4	最近1ヶ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種名( )		はい	いいえ	
5	最近6ヶ月以内にけいれん(ひきつけ)をおこしたことがありますか		はい	いいえ	
6	薬品や食品などにアレルギーがありますか	いいえ	はい ⇒	卵黄・卵白・鶏肉 ・その他 ( )	
7	インフルエンザの予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか いつ( ) 症状( )		はい	いいえ	
8	これまでに他の予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか 予防接種名( )		はい	いいえ	
9	6ヶ月以内に輸血、あるいはガンマグロブリンの接種を受けましたか		はい	いいえ	

1回目	左 ・ 右	使用ワクチン名 Lot No.	接種量 0.25 ml
2回目	左 ・ 右	使用ワクチン名 Lot No.	接種量 0.25 ml