

3500円

(13歳以上)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 昭・平・令	
氏名	男 女	年 月 日
保護者の名前 (未成年の場合)	男 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		1回目	はい	いいえ
	具合の悪い症状を書いて下さい()		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		1回目	はい	いいえ
	病名()		2回目	はい	いいえ
3	最近2カ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2週間以内に予防接種を受けましたか		はい	いいえ	
	予防接種名()				
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		はい	いいえ	
	いつ() 症状()				
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		はい	いいえ	
	予防接種名()				
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うけましたか		はい	いいえ	
10	妊娠中の方のみご記入ください		はい	いいえ	
	現在妊娠()カ月・担当産科医から許可されていますか?				

1回目	左 ・ 右	使用ワクチン名 Lot No.	接種量 0.5 ml
-----	-------	-----------------	---------------