

インフルエンザワクチン予診票（注射・経鼻）どちらかに○をつけてください

しろくまこどもクリニック

年 月 日

住所		生 年 月 日	診察前の体温
電話番号		年 月 日 (歳 カ月)	℃
フリガナ 接種する方の氏名			

今日受けるインフルエンザワクチンは今シーズン何回目ですか。	1回目 ・ 2回目	
今日、体に具合の悪いところがありますか。	ある(具体的に)	ない
1 カ月以内に熱がでたり、病気にかかりましたか。	はい(病名)	いいえ
薬や食品(鶏肉 鶏卵など)で発疹や蕁麻疹がでたり、具合が悪くなったことがありますか。	ある(薬または食品名)	ない

今日の予防接種は(実施できる ・ 見合わせた方がよい)と判断します。 医師署名
--

ワクチン Lot : ☐ 0.5ml(3 歳以上) ☐ 0.2ml (各鼻腔 0.1ml 噴霧)
☐ 0.25ml(6 か月以上 3 歳未満)

インフルエンザワクチン予診票（注射・経鼻）どちらかに○をつけてください

しろくまこどもクリニック

年 月 日

住所		生 年 月 日	診察前の体温
電話番号		年 月 日 (歳 カ月)	℃
フリガナ 接種する方の氏名			

今日受けるインフルエンザワクチンは何回目ですか。	1回目 ・ 2回目	
今日、体に具合の悪いところがありますか。	ある(具体的に)	ない
1 カ月以内に熱がでたり、病気にかかりましたか。	はい(病名)	いいえ
薬や食品(鶏肉 鶏卵など)で発疹や蕁麻疹がでたり、具合が悪くなったことがありますか。	ある(薬または食品名)	ない

今日の予防接種は(実施できる ・ 見合わせた方がよい)と判断します。 医師署名
--

ワクチン Lot : ☐ 0.5ml(3 歳以上) ☐ 0.2ml (各鼻腔 0.1ml 噴霧)
☐ 0.25ml(6 か月以上 3 歳未満)