

インフルエンザ予防接種予診票

本日の体温 _____℃

インフルエンザワクチンの接種に同意の上、以下にご記入をお願いします。

世田谷区の方	世田谷区			
世田谷区以外の方	区			
ふりがな		男・女	生年月日	年 月 日
受ける方のお名前		ヶ 月		
TEL		才 (中学生・高校生)		

●本日接種希望のインフルエンザワクチンはどちらですか？

- ☐ 通常のインフルエンザワクチン
- ☐ 防腐剤不使用（チメロサルフリー）のインフルエンザワクチン ※3歳以上

●インフルエンザ予防接種は今シーズン何回目ですか？ (1回目 ・ 2回目)

1回目接種日 (月 日)

●今シーズン、フルミスト（経鼻生ワクチン）は接種していますか？ (はい ・ いいえ)

●本日の体調に不安はありますか？ (はい ・ いいえ)

●2週間以内に何か病気になりましたか？ (はい ・ いいえ)

はいの方（病名または症状） _____

●お支払い方法 (現金 ・ クレジット)

注意事項

皮下接種ワクチンとフルミスト（経鼻生ワクチン）の助成券は同シーズンでご利用いただけません。
二重利用が発覚した場合は、ワクチン代をご請求させていただきますのでご了承ください。

予防接種の効果や副作用等・注意事項を理解した上で、接種を希望します。

保護者または本人署名 _____

クリニック記入欄

1回目・2回目

診察あり・診察なし

本日の予防接種は 可能・不可能 医師署名 _____

助成券

接種量

☐あり ☐なし ☐0.25ml(6カ月以上3歳未満) ☐0.5ml(3歳以上)

ロット番号