

2021年インフルエンザ予防接種予診票

※接種希望の方は太ワク内にご記入下さい。

フリガナ		男 ・ 女	生年月日	
氏名			年	月 日(歳)
電話番号				
自宅住所	〒 -			

質問事項

1. 本日の体温	℃	
2. 現在、体の具合の悪いところがありますか。	はい	いいえ
3. 1ヶ月以内に予防接種を受けましたか。(ワクチン名)	はい	いいえ
新型コロナワクチン接種を受けた方 1回目接種日: / 2回目接種日: /		
4. 薬や食品(鶏卵・鶏肉など)で皮膚に発しん・じん麻疹が出たり体の具合が悪くなった事がありますか?	はい	いいえ
5. アルコール綿でかぶれますか。	はい	いいえ
6. (女性の方に)現在妊娠していますか。	はい	いいえ
7. 健康状態で医師に伝えておきたい事や質問はありますか?	はい	いいえ
「はい」とお答えの方は質問事項を記入して下さい。		

医師の記入欄: 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(可能・見合わせる)

医師の署名又は記名押印

使用ワクチン: インフルエンザHAワクチン

接種量: 0.5ml

Lot.No:

実施日:

医療機関名: ユアクリニックお茶の水

住所: 千代田区神田駿河台2-4お茶の水日健ビル3階

電話番号: 03-3259-1190