

皮下注射によるインフルエンザ予防接種予診表及び申込書（インターネット予約用）

インフルエンザの予防接種の効果と副反応について資料にて確認、理解した上で 皮下注射 でのワクチン接種を希望します。							
住所			電話			年齢	今年度の接種
カナ		男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和・西暦		歳	1回目・2回目
氏名				年 月 日			
未成年者の保護者不在時サイン:							
今までにインフルエンザの予防接種を受けたことがありますか			いいえ	はい	【今年の1回目】 【 年前ころ】	【 医 師 記 入 欄 】	
インフルエンザの予防接種で具合が悪くなったことがありますか			いいえ	はい	【症状: 】	可 ・ 延期 ・ 中止	
ここ一ヶ月以内に病気にかかりましたか			いいえ	はい	【病名: 】	特診のみ 補助有 補助無	
ここ一ヶ月以内にほかの予防接種を受けましたか			いいえ	はい	【種類: 】	0.25	3歳未満 0 ・ 500 1210
薬や食品でじんましんなどのアレルギーをおこしたことがありますか（特に卵・鶏肉など）			いいえ	はい	【種類: 】	0.5	3歳以上高校生 0 ・ 500 1650
						0.5	19歳64歳以下 1980
ひきつけを起こしたことがありますか			いいえ	はい	【いつ: 】	0.5	妊婦 330 1980
						0.5	65歳以上 330 1980
現在妊娠していますか			いいえ	はい		ワクチン メーカー LOT	
心臓・肝臓・腎臓などの病気にかかっていますか			いいえ	はい		接種日 令和 年 月 日	
今日ぐあいの悪いところがありますか ある方は症状をお書きください。			いいえ	はい	【症状: 】	中川郡池田町東2条7-10 医療法人蒼生くりばやし医院 理事長・医師 栗林 秀樹 印	