

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つ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	
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
						0.5	3歳以上高校生	0　・　500	1650
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	19歳64歳以下		1980
						0.5	妊婦	330	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	65歳以上	330	1980
						0.5	65歳以上	500　・　1300	
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			