

インフルエンザワクチン予診票

裏面の説明をよく読んでから、グレーの部分にご記入ください。

必ず、家で記入してからご持参下さい。

インフルエンザ 任意接種用

令和 年 月 日

		体温： 度 分	
住所	大阪市 区		
氏名	(男・女) 電話：		
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生まれ (満 歳)		
1. 最近1か月以内に入院しましたか？		はい	いいえ
2. ニワトリの肉や卵にアレルギーがありますか？		はい	いいえ
3. 薬や食べ物にアレルギーはありますか？		はい	いいえ
「はい」の方：何のアレルギーがありますか？ ()			
4. インフルエンザワクチンで具合が悪くなった事がありますか？		はい	いいえ

私はインフルエンザの予防接種の説明を読んだ上で、接種を希望します。

被接種者署名：	保護者名：	続柄：
	代筆者名：	

医師記入欄

以上の予診の結果、本日の予防接種は (実施できる・見合わせる)	
医師署名：	
※使用ワクチン名：	※実施場所：医療法人 伊東内科クリニック
※Lot No.	
※接種部位 (左・右) 上腕部	※接種医師名：伊東達夫