

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
						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			