

# 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	
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		