

インフルエンザワクチン予診票

2020年度シーズン版

- 下の太枠内にあらかじめご記入ください。
- 組合員3,060円（3歳未満2,649円） その他4,280円（3歳未満3,670円）
組合員料金での利用には組合員証の提示が必要です。ご用意ください。
- 接種後は本票を ②計算 の窓口へ提出し、しばらくお待ちください。（長野中央病院のみ）
（診察・処置・薬があった方は受付票とあわせてご提出ください）

体温	℃
----	---

12歳以下の小児は ○をしてください
初回
2回目（初回 月

- 3歳以上（0.5cc）
- 3歳未満（0.25cc）

* 2回目接種は初回後2週間以上あける

接種日			
ふりがな	生年月日	年齢	歳（カ
氏名	いずれかに○をお願いします 医療生協組合員（家族も） ・ 一般		
住所			
保護者名（こどもの接種のみ）	電話番号：		

◆以下の質問にお答えください		○で選択	医師記入欄
現在、治療中か通院中の病気はありますか？	なし	あり（	
治療や通院をしていないけれども具合が悪い症状はありますか？	なし	あり（	
最近1か月以内にインフルエンザ以外予防接種を受けましたか？	なし	あり（ 月	
	（予防接種名		
今までに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか？	なし	あり	
くすりや食物のアレルギーはありますか？	なし	あり	
6か月以内に輸血・ガンマグロブリンの注射を受けたことは？	なし	あり	
【小児のみ】 ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか？	なし	あり（ 歳 カ月	
【女性のみ】 現在妊娠している可能性はありますか？	なし	あり 妊娠中（ カ月	
その他の質問など（自由記入）			
医師の問診・診察の結果、接種が可能と診断されたら予防接種を受けることを希望しますか。 （希望する場合は右に署名をお願いいたします）	はい 署名：		
	※20歳未満の方は保護者氏名での署名をお願いいたします		

〈医師記入欄〉問診・診察の結果、予防接種が可能と判断し接種します。医師の署名（サインまたは印鑑）