

インフルエンザワクチン予診票

2019 年度シーズン版

●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)

接種日		体温	℃	<input type="checkbox"/> 3 歳以上(0.5cc)
ふりがな		生年月日		<input type="checkbox"/> 3 歳未満(0.25cc)
名前		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	(こどもの接種時のみ)	電話番号:		

◆以下の質問にお答えください		○で選択
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わるい症状は？		なし あり ()
最近 1 か月以内のインフルエンザ以外のワクチン接種は？		なし あり (月 日) (予防接種名)
いままでに予防接種をうけて具合が悪くなったことは？		なし あり
その他、くすりや食物のアレルギーはありますか？		なし あり
6 ヶ月以内に輸血・ガンマグロブリンの注射をうけたことは？		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 (年 月頃)
	今シーズンのインフルエンザワクチンは何回目ですか？	初回 2 回目 [1 回目 月 日] *2 回目接種は初回後 2 週以上あける必要があります
【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 (月)
その他の質問など (自由記入)		
医師の問診/診察の結果、接種が可能と判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)