

# インフルエンザワクチン予診票

2021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3060円(3歳未満2649円) その他4280円(3歳未満3670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 の窓口に提出し、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<br><br>℃ | 12歳以下の小児は<br>○をしてください |                                                                               |
|             | 初回<br>2回目(初回 月 日)     | <input type="checkbox"/> 3歳以上(0.5cc)<br><input type="checkbox"/> 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(ヵ月) |
| 氏名              | いずれかに○をお願いします<br>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 ( )                                 |       |
| 現在具合が悪い症状はありますか？                                                     |                          | なし あり ( )                                 |       |
| 今までに予防接種をう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うけましたか？                                         |                          | なし あり                                     |       |
| 最近2週間以内に新型コロナワクチンをうけましたか？                                            |                          | いいえ はい( 月 日)                              |       |
| 今後2週間以内に新型コロナワクチンをうける予定はありますか？                                       |                          | いいえ はい( 月 日)                              |       |
| 【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 ヲ月頃)                             |       |
| 【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( ヲ月)                            |       |
| 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うけることを希望しますか。<br>(希望する場合は右に署名をお願いいたします) |                          | はい 署名:<br><br>※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)