

インフルエンザワクチン予診票

2022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。ご注意ください。
- 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 日)

- 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(カ月)
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 ()	
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ましたか？		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(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:	※未成年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)