

# インフルエンザワクチン予診票

2023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
℃

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	
【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う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)