



インフルエンザ予防接種予診票



日付 **2022**年 月 日

ふりがな

名前 _____

生年月日 **S・H・R** / / (歳 ヶ月)

お住まい **世田谷区** / **世田谷区外** 体温 _____℃

●新型コロナワクチンを**2**週間以内に接種しましたか？または今後**2**週間以内に接種する予定はありますか？

はい ・ いいえ

●今シーズンのインフルエンザワクチンは何回目ですか？

1回目 ・ **2**回目 (1回目接種日 月 日)

●最近**1**か月以内に病気にかかりましたか？

はい ・ いいえ 【病名 _____】

※1週間以内に発熱があった場合は接種できません。

●お支払い方法 (どちらかにマルをつけてください。)

現金 ・ クレジットカード

_____ スタッフ記入欄

接種量 **0.25** (3歳未満) / **0.5** (3歳以上)

助成券 あり / なし

ロット番号



おしゃべり
キッズクリニック