



インフルエンザ予防接種予診票



日付 **2023**年 月 日

ふりがな

名前 _____

男・女

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** _____ °C

●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)

●1週間以内に発熱がありましたか？

はい ・ いいえ

●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

接種同意サイン: _____

_____ 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



いおしゃべりん

キッズクリニック