



インフルエンザ予防接種予診票



インフルエンザワクチンの接種に同意される方は、
以下に記入をお願いします。

日付 **2024**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

_____ 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

母子手帳



おしゃべり
キッズクリニック