

インフルエンザ

0.25 (3歳未満) 0.5 東振協 あまの (チェック不要)

金額 _____ (記入しないでください)

1回目/2回目(どちらか○で囲む)

Lot.シール貼り付け部

()

お名前: _____

今日の日付: 令和_____年_____月_____日

生年月日: 令和・平成・昭和 _____年_____月_____日 _____歳 _____カ月

現在の体温: _____℃

ご質問	おおむねの事情	
1ヶ月以内に予防接種を受けていますか。	<input type="checkbox"/> はい (_____ 月 _____ 日に _____ を受けた)	<input type="checkbox"/> いいえ
今日、体に具合の悪いところがありますか。	<input type="checkbox"/> はい (_____)	<input type="checkbox"/> いいえ
1ヶ月以内に病気にかかっていますか。	<input type="checkbox"/> はい (_____ 頃 _____ になった)	<input type="checkbox"/> いいえ
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい (_____ 頃 _____ と言われた)	<input type="checkbox"/> いいえ
鶏卵や鶏肉でじんましん、アレルギーになったことがありますか。 基準 17.5 以下(スコア 3)	<input type="checkbox"/> はい しかし現在食べている。 <input type="checkbox"/> はい 全く食べていない。 (_____ で _____ が出た) 分かる方は検査スコアを記載して下さい。 実際の数値(_____)もしくはスコア(_____)	<input type="checkbox"/> いいえ
今までにインフルエンザワクチンを接種して、体の具合が悪くなったことはありますか。	<input type="checkbox"/> はい (_____)	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 今回初めて接種

インフルエンザの予防接種を希望します はい いいえ

保護者(またはご本人)のご署名: _____

医師の署名または印: _____ (印)