

／ ( ) 東振協インフルエンザ予防接種予診票

： 補助金 円 ml

※事前に検温お願い致します。

接種日 月 日		診察前の体温 度 分	
住所		TEL ( ) -	
フリガナ		大正 昭和 平成 令和	
氏名		年 月 日生	
保護者の氏名		歳 か月	
		男 女	
※今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン何回目ですか。		1回目	2回目
※薬や食品(鶏肉・鶏卵)で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。		(薬または食品の名前)	ない
※これまでに予防接種を受けて特に具合が悪くなったことがありますか		(予防接種名・症状)	ない
※(ご婦人の方に)現在妊娠していますか。		はい いいえ	か月
※1ヵ月以内に予防接種を受けましたか。		(予防接種名) 月 日	いいえ
※その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば、具体的に書いて下さい。			
本人の署名(もしくは保護者の署名)			

-----  
\*以下当院にて記入

カルテNO. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ml

本人負担金 \_\_\_\_\_ 円

舟田クリニック