

インフルエンザ予防接種を受ける方へ

平成 年 月 日

本日の体温 度

1. 今、からだの具合はいかがですか (よい 悪い)
2. 今までにけいれん(ひきつけ)、てんかん、ぜんそく発作などをおこした
ことがありますか (ある ない)
3. 今までに注射、薬、予防接種で具合が悪くなったことがありますか (ある ない)
4. 最近1ヶ月以内に何か予防接種を受けましたか (受けた 受けない)
予防接種名
5. 今までに心臓、肝臓、腎臓などの何か重い病気にかかったことがあれば書いて下さい
6. 本日の診察によりこの予防接種を受けますか (受ける 受けない)

お名前

(才) 電話番号

*接種量 ml 右 左

----- . -----
次回接種日 月 日 右 左 *接種量 ml

料金 1回分 済 2回分 済

※予防接種当日は接種部位を清潔にし、激しい運動はさけて下さい。

入浴はしてもさしつかえありません。

ご不明な点、また接種後何か異常が認められた場合はご相談下さい。

次回接種時(1~4週間後)は、下欄にサインし、この用紙を持参してください。

お名前

医療法人成田外科 TEL831-8405