

2011年度・全額自費用

料金（税込） 小児・2730円（当院初回・3150円）

大人・3150円

## インフルエンザ予防接種問診票および同意書（当院2回目用）

12才以下の小児の患者さまは、インフルエンザの予防接種の効果を継続させるために、2回目のワクチン接種が必要です。

あなたさまの2回目のワクチン接種は

月 日（ ） 午前・午後 :

になりますので、患者さま記入欄に必要事項を記入し、この用紙をご持参の上、ご来院下さい。

患者さま記入欄

患者番号 \_\_\_\_\_

カガナ		生年 月日	明 大 昭 平	年	月	日（才）
氏名						
本日の体温	度	分				
今日、身体に具合の悪いところがありますか？					いいえ	はい
・具合の悪い症状を具体的に（ ）						
1回目の接種のあと、発熱や腫れなどの副反応がありましたか？					いいえ	はい

医師記入欄	以上の問診票と診察で本日の予防接種は、	可能	・	見合わせる
		医師サイン		

予防接種 同意書	診察と別紙説明書の内容に同意し、インフルエンザワクチンの投与を受けますか？
	はい ・ いいえ 本人（保護者）サイン

ワクチン名		接種量／皮下	接種年月日	20	年	月	日
ロット番号		0.25ml	実施者サイン				
		0.5ml					

実施施設・小豆沢病院 板橋区小豆沢1-6-8 電話03-3966-8411

2011年10月改定