

全額自費用

料金（税込） 小児・3300円（当院初回・3740円）

大人・3740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。

※ 電話連絡なくキャンセルされた場合には、ワクチンの取り置きは致しません。再度、ご予約をお取り下さい。

患者さま記入欄		患者番号 _____	
フリガナ		生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和
氏名			年 月 日（才）
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（ ）			
最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか？		いいえ	はい
・病名（ ）			
1ヶ月以内に家族や近所で麻疹や水痘やおたふくの患者さんがいましたか？		いいえ	はい
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 0.5ml	実施者サイン	

実施施設・小豆沢病院 板橋区小豆沢1-6-8 電話03-3966-8411

中学生・高校生で接種当日に保護者が同伴しない場合の
インフルエンザ予防接種保護者同意書

小豆沢病院

接種を希望する方が未成年で中学生、高校生で接種当日に、保護者の方が同伴できない場合は、「インフルエンザ予防接種問診票（1回目用）」の他に、この「インフルエンザ予防接種保護者同意書」の記入が必要です。

1、インフルエンザ予防接種を受けるにあたって、別紙説明書の内容を理解した上で、子供に接種させることに同意します。

2、問診票の質問事項の回答は、当日の状態と相違ないことを確認します。

平成・令和

子供氏名 _____ 年 月 日生

保護者氏名（*必ず自著）

住所

緊急連絡先

*当日、保護者と緊急連絡が取れる電話番号

記入日 20 年 月 日