

カルテID:		領収書: 要 ・ 不要			
ふりがな		生年月日			
氏名		大・昭 平・令	年	月	日
TEL ()	-	年齢	歳	性別	男 ・ 女

接種日	令和	年	月	日	体温	℃
使用ワクチン		サイン				

既往歴					
① <u>インフルエンザワクチンによるアレルギー</u> を 起こしたことがある。()	無	・	有		
② <u>卵</u> に対してアレルギーがある。	無	・	有		
③ 上記①②に対し <u>アナフィラキシーショック</u> を起こしたことがある。	無	・	有		
④ 今までに <u>けいれん</u> を起こしたことがある。	無	・	有		
⑤ <u>気管支喘息</u> がある。	無	・	有		
⑥ <u>1ヶ月以内</u> に何らかの病気にかかった。※期間,症状も記入 ()	無	・	有		

【備考】	_____				
------	-------	--	--	--	--

会計	非課税	生保	金額	円
----	-----	----	----	---

カルテID:		領収書: 要 ・ 不要			
ふりがな		生年月日			
氏名		大・昭 平・令	年	月	日
TEL ()	-	年齢	歳	性別	男 ・ 女

接種日	令和	年	月	日	体温	℃
使用ワクチン		サイン				

既往歴					
① <u>インフルエンザワクチンによるアレルギー</u> を 起こしたことがある。()	無	・	有		
② <u>卵</u> に対してアレルギーがある。	無	・	有		
③ 上記①②に対し <u>アナフィラキシーショック</u> を起こしたことがある。	無	・	有		
④ 今までに <u>けいれん</u> を起こしたことがある。	無	・	有		
⑤ <u>気管支喘息</u> がある。	無	・	有		
⑥ <u>1ヶ月以内</u> に何らかの病気にかかった。※期間,症状も記入 ()	無	・	有		

【備考】	_____				
------	-------	--	--	--	--

会計	非課税	生保	金額	円
----	-----	----	----	---

