

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
----	-----	----	----	---

