

2回目予定日： 月 日		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

1回目接種日	令和 年 月 日	体温	℃
使用ワクチン			
用量	mL	穿刺部位	サイン
2回目接種日	令和 年 月 日	体温	℃
使用ワクチン			
用量	mL	穿刺部位	サイン

既往歴		
① インフルエンザワクチンによるアレルギーを起こしたことがある。( )	無	有
② 卵に対してアレルギーがある。	無	有
③ 上記①②においてアナフィラキシーショックを起こしたことがある。	無	有
④ 今までにけいれんを起こしたことがある。	無	有
⑤ 気管支喘息がある。	無	有
⑥ 1ヶ月以内に何らかの病気にかかった。( )	無	有
⑦ 1ヶ月以内に何らかの予防接種を受けた。( )	無	有
⑧ 1ヶ月以内に、麻疹・風疹・水痘・おたふくかせ・突発性発疹・手足口病・伝染性紅斑に罹患した。	無	有

【備考】		
------	--	--

会計	1回目	円	2回目	円
----	-----	---	-----	---

