

インフルエンザ予防接種問診票 兼 申込書



〒870-1136

大分市光吉台17-280

※65歳以上の方は別の問診票を使用してください。

※由布市在住の方は別の問診票がありますのでお申し出ください。

医療法人 優心会
ハートクリニック

接種日	月 日
体 温	℃
ふりがな	
氏 名 (自 署)	
保護者氏名 (小児のみ)	続柄
年 齢	歳
生年月日	年 月 日
今回の接種は 1回目 ・ 2回目	
電話番号	

クリニック使用欄	
3歳以上・0. 5ml	3歳未満・0. 25ml
料 金	13歳以上 3, 000円
1歳～13歳未満 1回3, 000円（2回目同価格）	
ロット番号	

現在、具合の悪いところがありますか？	いいえ・はい 「はい」の場合は具体的に記入
現在、治療中の病気がありますか？	いいえ・はい 「はい」の場合は具体的に記入
30日以内に、はしか・風疹・おたふくかぜ・みずぼうそうなどにかかりましたか？	いいえ・はい 「はい」の場合は具体的に記入
これまでに予防接種を受けて気分が悪くなったことがありますか？	いいえ・はい 「はい」の場合は具体的に記入
卵アレルギーがありますか？	いいえ・はい 「はい」の場合は具体的に記入
妊娠していますか？もしくは可能性がありますか？	いいえ・はい 「はい」の場合は具体的に記入
事前に医師に伝えたいこと、質問があればお知らせください。	

＜予防接種を受ける際の注意事項＞

- ① 体温が37. 5℃以上の場合は接種できません。
- ② 自宅で体温を測定して問診票を完成させて来場願います。
- ③ 乳幼児の母子手帳への記入は行いません。（持参は不要です）
接種ロットをお知らせしますので各自での記入をお願いいたします。
小児は1週間から4週間の間隔をあけて2回接種してください。
- ④ 来場の際は、そでを捲り上げ易い上着を着用してください。
- ⑤ 当日は一時的に混雑するかもしれませんので、
時間に余裕を持って来場してください。
- ⑥ 地図は当クリニックホームページ（<http://heart-cl.com/>）にて閲覧できます。
- ⑦ 駐車場内での事故や盗難等については一切の責任を負いかねます。