

インフルエンザワクチン接種申込書【保護者様控】

※★箇所をご記入ください

平成 29 年 月 日

★接種者氏名

接種日：1回目（ / ） 時 分 2回目（ / ） 時 分

【注意事項】

- 卵アレルギーが有り、定期的に抗アレルギー薬を服用している方は接種当日飲み忘れの無いようにお願いします
- 「インフルエンザ予防接種予約について」に記載されている「注意事項」をよく読んでご来院ください
- 1週間以内に37.5℃以上の発熱が見られる方は接種出来ません

※病気等により接種日に来院できない場合、キャンセルは早めにご連絡ください。

※12月21日でインフルエンザ予防接種は終了となります。それ以降は接種できませんのでご了承ください。

持ち物：母子手帳（無いと接種出来ません）・問診票・委任状（必要な方）・診察券・保険証・子ども医療受給者証

インフルエンザワクチン接種申込書【小児科控】

平成 29 年 月 日

★ID（診察券番号） (あればご記入ください)

フリガナ

★接種者氏名 歳 ヶ月 生年月日 H 年 月 日

★卵アレルギー有の場合⇒ ①完全除去中 ②加工食品は食べている

★過去にインフルエンザワクチン接種したことが ある・ない

★内服薬 なし・あり(薬剤名)

★緊急時連絡先 (必ずつながる先をご記入ください)

1回目 (:) ~ 2回目 (:) ~