

2020年度 インフルエンザ予防接種 申込書

下記の必要事項に○印及びご記入の上、窓口にお越しく下さい。

※お一人につき1枚ご記入ください

おなまえ	ID (診察券番号)	生年月日	住民票	卵アレルギー	2ヶ月以内の 熱性痙攣・ひきつけ	1ヶ月以内の 予防接種	同時接種の希望				
		昭和 平成 令和 年 月 日 歳 ヶ月	・市内 ・市外	・あり ・なし	・あり いつ? ・なし	・あり ワクチン名: ・なし	・あり ワクチン名: ・なし				
クリニック 記入欄	1ヶ月以内にかかった病気は?		妊娠		希望時間帯 (複数回答可)						
① ②	・あり (熱・発疹など)		・あり 産科医承諾 (あり・なし)			月	火	水	木	金	土
			・なし		午前診				/		
					14:00-15:00				/	/	/
					15:00-16:00				/	/	/
				午後診 (16:00-17:45)				/	/	/	

安全に接種をしていただく為、詳細確認のお電話をする場合がございます。

(TEL) _____